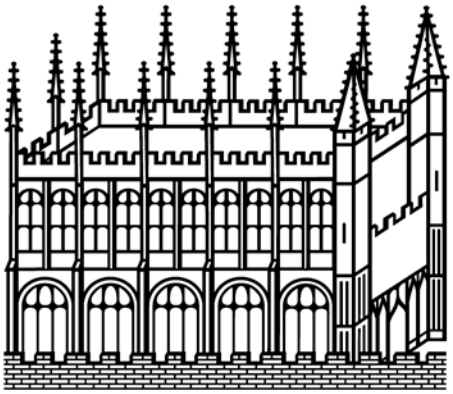


Bodleian Libraries

UNIVERSITY OF OXFORD

This book is part of the collection held by the Bodleian Libraries and scanned by Google, Inc. for the Google Books Library Project.

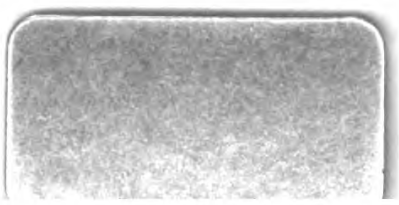
For more information see:

http://www.bodleian.ox.ac.uk/dbooks



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.0 UK: England & Wales (CC BY-NC-SA 2.0) licence.

Soc. 15084 e 104.



BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE BELGIQUE.

BODLEIAN
BODL:LIBR
R
PERIODICALS

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE

BELGIQUE.

ANNEE 1881.

TROISIÈME SÉRIE.
TOME XV.

BODLEIAN
BODL:LIBR
R
PERIODICALS

BRUXELLES,
H. MANCEAUX, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,
Rue des Trois-Têtes, 12 (Montagne de la Cour).

1881

BUREAU D'ADMINISTRATION

ET COMMISSIONS

DE COMPTABILITÉ, DES ÉPIDÉMIES ET ÉPIZOOTIES

DE L'ACADÉMIE

EN 1881.

BUREAU D'ADMINISTRATION.

THIRY (J. H.), O. ✠, Président.
LEFEBVRE (F. J. M.), ✠, premier Vice-Président.
KUBORN (H), ✠, second Vice-Président.
THIERNESSE (T. A.), O. ✠, Secrétaire.

COMMISSION DE COMPTABILITÉ.

BELLEFROID (L.), C. ✠.
CROCQ (J. J.), O. ✠.
DE ROUBAIX (L.), C. ✠.

COMMISSION DES ÉPIDÉMIES ET DES ÉPIZOOTIES.

KUBORN (H.), ✠.
LEFEBVRE (F. J. M.), ✠.
PIGEOLET (A. P.), ✠
THIERNESSE (T. A.), O. ✠.
JANSSENS (E.).

LISTE
des
MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS
DE L'ACADÉMIE.

(janvier 1881).

I. — MEMBRES TITULAIRES.

Première Section.

Sciences anatomiques et physiologiques ; physique et chimie médicales.

(*Président :* M. CROCQ. — *Secrétaire :* M. BARELLA.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
THIERNESSE (T. A.), O. ✠.	19 septembre 1841.	Cureghem.
CROCQ (J. J.), O. ✠ . .	5 juillet 1862.	Bruxelles.
GLUGE (G.), O. ✠ . . .	28 janvier 1865.	Bruxelles.
ROMMELAERE (G.A.V.), ✠.	25 avril 1874.	Bruxelles.
BODDAERT (R.), ✠. . .	11 mars 1876.	Gand.
MASOIN (E.).	30 novembre 1878.	Louvain.
BARELLA (H.)	26 juillet 1879.	Chapelle lez-Herlaimont.

Deuxième Section.

Médecine humaine.

(*Président :* M. COUSOT. — *Secrétaire :* M. BRIBOSIA.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
CRANINX (P. J. E.), C. ✠.	19 septembre 1841.	Louvain.
LEQUIME (J. E.), O. ✠. .	29 novembre 1856.	Bruxelles.
WARLOMONT (E. J. N.), ✠.	28 avril 1866.	Bruxelles.
LEFEBVRE (F. J. M.), ✠. .	24 octobre 1868.	Louvain.
PIGEOLET (A. P.), ✠. .	6 novembre 1869.	Bruxelles.
BRIBOSIA (F. L. F.), ✠ .	30 avril 1870.	Namur.
COUSOT (A. F. T.), ✠ .	14 novembre 1874.	Dinant.
WILLIÈME (F. J.), ✠ .	28 octobre 1876.	Mons.
N...		
N...		

Troisième Section.

Chirurgie, obstétrique.

(*Président :* M. GALLEZ. — *Secrétaire :* M. DENEFFE.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
MICHAUX (M. R.), O. ✠.	26 septembre 1841.	Louvain.
MASCART (L. A.), O. ✠ .	14 novembre 1848.	Ohain.
HAIRION (F.), O. ✠ . .	23 décembre 1850.	Louvain.
SOUPART (F. J. D.), O. ✠.	28 avril 1860.	Gand.
THIRY (J. H.), O. ✠ . .	29 novembre 1862.	Bruxelles.
DE ROUBAIX (L.), C. ✠ .	28 novembre 1863.	Bruxelles.
BORLÉE (J. A.), ✠. . .	26 novembre 1870.	Liège.
GALLEZ (L.).	29 mai 1875.	Châtelet.
DENEFFE (V.)	28 octobre 1876.	Gand.
N...		

Quatrième Section

Hygiène, médecine légale, police de la médecine.

(*Président :* M. KUBORN. — *Secrétaire :* M. JANSSENS.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BELLEFROID (L.), C. ✠ .	30 juin 1853.	Bruxelles.
KUBORN (H.), ✠. . . .	6 novembre 1869.	Seraing.
JANSSENS (E.)	27 décembre 1879.	Bruxelles.

Cinquième Section.

Pharmacie.

(*Président :* M. DEPAIRE. — *Secrétaire* : M. GILLE.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
CHANDELON (J.T.P.), O. ✠.	15 juin 1854.	Liège.
DEPAIRE (J. B.), ✠ . .	29 novembre 1862.	Bruxelles.
GILLE (N.), ✠	24 avril 1869.	Cureghem.

Sixième Section.

Médecine vétérinaire.

(*Président* : M. DEGIVE. — *Secrétaire* : M. FOELEN.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
FOELEN (M.).	14 décembre 1872.	Saint-Trond
DEGIVE (Alph.). . . .	26 octobre 1878.	St-Gilles.
WEHENKEL (J. M.) . .	id.	Cureghem.

II. — MEMBRES HONORAIRES BELGES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
CAMBRELIN (F. P. J.), ✠.	26 avril 1862.	Gand.
HENROZ (J. F.), O. ✠. .	id.	Marche.
ANSIAUX (N. J. V.), O. ✠.	25 octobre 1862.	Liége.
DE KONINCK (L. G.), C.✠.	id.	Liége.
SAUVEUR (H.), O. ✠ . .	id.	Liége.
SOMERS (F. J.), ✠. . .	id.	Gand.
STAS (J. S.), C. ✠. . .	28 décembre 1863.	Bruxelles.
PÉTRY (P. A.), ✠. . .	27 octobre 1870.	Esneux.
KUPFFERSCHLAEGER(Is.F.J.),✠	14 décembre 1872.	Liége.
DECAISNE (P.), C. ✠ . .	24 juin 1876.	Anvers.
MARTIN (L.), ✠. . . .	id.	Bruxelles.
VAN BENEDEN (P.J.),C.✠.	id.	Louvain.
MELSENS (H. F. L.), O.✠.	27 octobre 1877.	Bruxelles.
DELWART (L. V.), ✠. .	27 avril 1878.	Cureghem.
VAN KEMPEN (E. M.),O.✠.	id.	Louvain.
BURGGRAEVE (P. A.), O.✠.	31 juillet 1880.	Gand.
GOUZÉE (H. P.), C.✠ .	25 septembre 1880.	Anvers.

III. — MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
DUMAS (J. B.), G. C. ✠ .	31 décembre 1842.	Paris.
LOMBARD (H. C.). . .	id.	Genève.
EHRMANN (M. S.) . . .	7 novembre 1843.	Olmütz.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
Guérin (J.), O. ✠. . .	27 octobre 1849.	Paris.
Bouillaud (J.) . . .	1 février 1859.	Paris.
Henle (J.)	26 mars 1859.	Gœttingue.
Maisonneuve (J. G.). .	16 avril 1859.	Paris.
Ricord (Ph.)	26 avril 1862.	Paris.
Sims (J. Marion) . . .	id.	New York.
Hertwig (C. H.) . . .	25 octobre 1862.	Berlin.
Heusinger (C. F.) . .	id.	Marbourg.
Magnus Huss	id.	Forsaström.
Valentin (G. G.) . . .	id.	Berne.
Carpenter (W. B.) . .	28 novembre 1863.	Londres.
Helmholtz (H.) . . .	id.	Berlin.
Sédillot (C. E.) . . .	id.	Paris.
Christison (R.) . . .	29 octobre 1864.	Edimbourg.
Frerichs (F. T.) . . .	id.	Berlin.
Hahn (H. J. H.) . . .	id.	Aix-la-Chapelle.
Langenbeck (B. R. C.) .	id.	Berlin.
Schwann (T.A.H.), C. ✠.	28 octobre 1865.	Liége.
Barnes (J. K.)	28 novembre 1866.	Washington.
Bouley (H.)	26 octobre 1867.	Paris.
Virchow (R.)	id.	Berlin.
Brierre de Boismont (A.)	28 novembre 1868.	Paris.
Larrey (B^{on} H.) . . .	id.	Paris.
Pidoux (H.).	id.	Paris.
Stoltz (J. A.)	id.	Strasbourg.
Pelikan (E)	1 décembre 1869.	St-Pétersbourg.
Varrentrapp (G.) . .	29 octobre 1870.	Francfort s/M.
Payan (P. S.)	29 avril 1871.	Aix.
Desmarres (L. A.) . .	id.	Paris.
Brown-Séquard (C. E.).	14 décembre 1872.	Paris.
Dechambre (A.) . . .	id.	Paris.
Donders (F. C.), C. ✠ .	id.	Utrecht.
Skoda (J.)	id.	Vienne.
Bowman (W.). . . .	26 décembre 1874.	Londres.
Cazeneuve (B. V.). . .	id.	Lille.
Cortese (F.)	id.	Rome.
Critchett (G.). . . .	id.	Londres.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
GOSSELIN (L).	26 décembre 1874.	Paris.
GUÉNEAU DE MUSSY (N.).	id.	Paris.
HUXLEY (T. H.). . . .	id.	Londres.
LUDWIG (C.)	id.	Leipzig.
PACINI (P.).	id.	Florence.
PALASCIANO (F. A. L.) .	id.	Naples.
REDFERN (P).	id.	Belfast.
ROBIN (C.)	id.	Paris.
WURTZ (C. A.)	id.	Paris.
BERTILLON	24 juin 1876.	Paris.
BILLROTH (T.). . . .	id.	Vienne.
MAREY (E. J.), ✠. . .	id.	Paris.
MARROTTE (J. A.). . .	id.	Paris.
OEHL (E.)	id.	Pavie.
RÖLL (M. F.)	id.	Graz.
VON SIGMUND (C.), C. ✠.	id.	Vienne.
ALBINI (J.)	27 octobre 1877.	Naples.
BARTHEZ (A. C. E.), ✠ .	id.	Paris.
CHAUVEAU (A.). . . .	id.	Lyon.
HEYFELDER (O.) . . .	id.	St-Pétersbourg.
JACCOUD (S. F.) . . .	id.	Paris.
LIEBREICH (R.). . . .	id.	Londres.
WALDEYER (H. G. G.). .	id.	Strasbourg.
ALVARENGA(P.F.da Costa), ✠.	26 avril 1879.	Lisbonne.
BACCELLI (G.)	id.	Rome.
FAUVEL (S. A.). . . .	id.	Paris.
HAUBNER (G. C.) . . .	id.	Dresde.
KLEBS (E.)	id.	Prague.
LISTER (J.)	26 avril 1879.	Londres.
MAZZONI (C.)	id.	Rome.
PASTEUR (L.)	id.	Paris.
SPENCER WELLS (T.) . .	id.	Londres.
VULPIAN (E. F. A.). . .	id.	Paris.

IV. — CORRESPONDANTS BELGES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
Dugniolle (J. F.), ✠ .	21 octobre 1843.	Schaerbeek.
De Bruyn (E.)	30 octobre 1847.	Saint-Trond.
Henriette (J.), O.✠. .	26 avril 1862.	Bruxelles.
Boëns (H.)	25 octobre 1862.	Charleroi.
Hyernaux (L. J. G.), ✠.	29 octobre 1864.	Bruxelles.
Willems (L.), ✠. . .	id.	Hasselt.
Bonnewyn (H). . . .	28 novembre 1868.	Ixelles.
Van Bastelaer (D. A.) .	id.	Marcinelle.
Wasseige (A.),✠. . .	id.	Liége.
Larondelle (N. J.), ✠.	6 novembre 1869.	Verviers.
Herpain (S. F.) . . .	29 octobre 1870.	St-Hubert.
Vanden Abeele (F.), ✠.	id.	Bruges.
Vanlair (C.)	id.	Liége.
Desguin (V. F. J.). . .	29 avril 1871.	Anvers.
Hambursin (L.), ✠ . .	id.	Namur.
Van den Corput (E.), ✠.	id.	Bruxelles
Masius (V.).	27 mai 1871.	Liége.
Du Moulin (N. C. H.),✠.	14 novembre 1874.	Gand.
Hicguet (D.)	id.	Liége.
Hugues (J. B.). . . .	id.	Tournai.
Tirifahy (S.)	id.	Bruxelles.
Hayoit (E.).	24 juin 1876.	Louvain.
Hubert (E.)	id.	Louvain.
Motte (E. A. J.). . .	id.	Dinant.
Vleminckx (H. J. V.), ✠.	id.	Bruxelles.
Belval (T.).	27 octobre 1877.	Bruxelles.
Bouqué (E. F.). . . .	id.	Gand.
Debaisieux (P. J. T.). .	id.	Louvain.
Sacré (J. G.), ✠ . . .	id.	Bruxelles.
Van Aubel (J. C.). . .	id.	Liége.
Bruylants (J. M. G.). .	26 avril 1879.	Louvain.
Buys (L.).	id.	Bruxelles.
Casse (P. J. J. A.) . . .	id.	Bruxelles.
Dele (E.)	id.	Anvers.
Guillery (H.), ✠. . .	id.	Bruxelles.
Miot (L.)	id.	Charleroi.

V. — CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BURDEL (E.), ✠ . . .	28 avril 1860.	Vierzon.
BOUISSON (E. F.) . . .	30 juin 1860.	Montpellier.
GERMAIN (J. G.) . . .	5 juillet 1862.	Maestricht.
RAGAINE (F. V.) . . .	25 octobre 1862.	Mortagne.
GIRAUD-TEULON (F.) . .	28 novembre 1863.	Paris.
MARJOLIN (R.)	id.	Paris.
TESTELIN (A.)	id.	Lille.
LEROY DE MÉRICOURT (A.)	29 octobre 1864.	Paris.
MARQUES (J. A.) . . .	id.	Lisbonne.
BERTHERAND (E. L.) . .	28 octobre 1865.	Alger.
DUMONT (de Monteux) .	30 décembre 1865.	Rennes.
ADELMANN (G. F. B.). .	27 janvier 1866.	Berlin.
BALFOUR (T. G.) . . .	27 octobre 1866.	Londres.
LAVOCAT (H. A.) . . .	id.	Toulouse.
ANCELON (E. A.) . . .	26 octobre 1867.	Dieuze.
JOLY (N.)	id.	Toulouse.
MATTEI (A.)	26 octobre 1867.	Paris.
O'REILLY (J.)	id.	New York.
DURAND-FARDEL (C. L. M.).	6 novembre 1869.	Paris.
LIMAN (C.)	id.	Berlin.
BARBOSA (A. M.) . . .	29 octobre 1870.	Lisbonne.
BLAS (G. CH.)	id.	Louvain.
MAGITOT (E.)	id.	Paris.
HEKMEIJER (F. C.) . .	14 décembre 1872.	Utrecht.
HEYNSIUS (A.)	id.	Leyde.
SNELLEN (H.)	id.	Utrecht.
BENI BARDE (J. M. A.), ✠	26 décembre 1874.	Paris.
BERTIN (E.).	id.	Montpellier.
ERCOLANI (J. B.) . . .	id.	Bologne.
KEY (AXEL)	26 décembre 1874.	Stockholm.
LABADIE-LAGRAVE (F.) .	id.	Paris.
LEUDET (T. E.)	id.	Rouen.
LUSSANA (P.)	id.	Padoue.
MAC CORMAC (H.) . . .	id.	Belfast.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
MAISCH (J. M.). . . .	26 décembre 1874.	Philadelphie.
MANDON (J. A.). . . .	id.	Limoges.
OLLIER (L.).	id.	Lyon.
AMABILE (L.).	24 juin 1876.	Naples.
LE FORT (L. C.) . . .	id.	Paris.
ORÉ (C.)	id.	Bordeaux.
REYNAL (J.)	id.	Saint-Mandé.
LARCHER (O.)	24 novembre 1877.	Paris.
NUEL (J. P.).	id.	Gand.
PERRIN (M.)	id.	Paris.
BAUDON (J.).	28 juin 1879.	Nice.
CHARCOT (J. M.) . . .	id.	Paris.
ESMARCH (F.)	id.	Kiel.
GALLARD (T.)	id.	Paris.
LEMOIGNE (A.)	id.	Milan.
MÉHU (C.)	id.	Paris.
RANVIER (L.)	id.	Paris.
SCHIFF (M.)	id.	Genève.

MEMBRES ET CORRESPONDANTS

DÉCÉDÉS.

MEMBRE TITULAIRE.

Boulvin (C.), nommé le 28 avril 1855, décédé le 13 janvier 1880, à Gilly.

MEMBRES HONORAIRES BELGES.

Gaudy (F.), nommé le 27 avril 1878, décédé le 22 novembre 1880, à Ixelles.

Heuse (H.J.), nommé le 27 octobre 1877, décédé le 23 juillet 1880, à Liége.

MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

Guthrie (W.), nommé le 31 décembre 1842, décédé à Londres.

Hebra (F.), nommé le 28 novembre 1868, décédé le 5 août 1880, à Vienne.

Jüngken (J. C.), nommé le 31 décembre 1842, décédé le 8 septembre 1875, à Berlin.

Martinet (L.), nommé le 28 novembre 1863, décédé le 1er mars 1875, à Vannes.

Polli (J.), nommé le 26 décembre 1874, décédé le 14 juin 1880, à Milan.

Rizzoli (F.), nommé le 9 novembre 1869, décédé le 24 mai 1880, à Bologne.

Seidlitz, nommé le 31 décembre 1842, décédé à St-Pétersbourg.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Blasius (E.), nommé le 28 novembre 1868, décédé le 11 juillet 1873, à Halle.

BURDACH (E.), nommé le 30 juin 1860, décédé le 10 octobre 1876, à Kœnigsberg.

LECOQ (F.), nommé le 28 novembre 1863, décédé le 14 février 1880, à Menton.

NORDMANN (A. von), nommé le 29 octobre 1842, décédé le 25 juin 1866, à Helsingfors.

PONZA (J. L.), nommé le 29 octobre 1864, décédé le 13 janvier 1879, à Gênes.

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 29 JANVIER 1881.

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

La séance est ouverte à midi.

Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'intérieur adresse :

1° La neuvième livraison de l'ouvrage intitulé : *Bibliotheca Belgica*; *bibliographie générale des Pays-Bas*, publiée par M. F. Van der Haeghen ;

2° Un exemplaire du *Rapport au Roi sur l'inspection médicale officielle dans les Pays-Bas pendant l'année 1879* (en hollandais), vol. in-4° ;

3° Des exemplaires du catalogue des ouvrages mis à la disposition des lecteurs dans la salle de travail du bureau de traduction établi au ministère de l'intérieur, et des cartes d'admission à cette salle pour les membres de l'Académie. — Remerciements.

II. — CORRESPONDANCE.

— M. le dr De Liége annonce la douloureuse perte que sa famille vient de faire en la personne de son chef, M. Henri De Liége, sténographe de la Chambre des Représentants, chargé depuis 36 ans de la même fonction à l'Académie, où il s'est acquis l'estime de tous les membres par le soin qu'il a constamment apporté dans l'accomplissement de sa tâche. — Une lettre de condoléance sera adressée à la famille du regretté défunt.

Le Bureau a remplacé M. De Liége par M. Tambour, appelé à lui succéder également à la Chambre.

— Conformément au désir exprimé par M. Stappaerts, son mémoire intitulé : *Examen du système de Hahnemann; le vitalisme et le matérialisme en médecine*, lui a été remis afin d'en modifier quelques points. — Pris pour notification.

— M. Boëns, correspondant, annonce qu'une indisposition l'empêche d'assister à la séance et adresse :

1° Au nom des auteurs, MM. les drs Oidtmann, à Linnich, Emery-Coderre, à Montréal, etc., seize publications relatives à la vaccine, avec prière de les renvoyer à la commission, et dont les titres seront mentionnés dans le Bulletin;

2° Une lettre et une note manuscrite, concernant la même question, et dont il désire que lecture soit donnée avant la communication du rapport de ladite commission.

M. le Président. — Dans cette lettre, M. Boëns semble se plaindre de l'empressement mis par votre commission de vaccine dans la préparation et la rédaction de son rapport.

Messieurs, je pense que nous avons satisfait au désir de l'assemblée en nous occupant de cet objet important dans

le plus bref délai possible. Il y avait, me semble-t-il, opportunité à agir comme nous l'avons fait; je crois que vous ne nous blâmerez pas de l'avoir compris ainsi.

Ce n'est pas à dire pourtant que nous n'ayons pas tenu compte des observations de M. Boëns; toutes les pièces qu'il nous a adressées ont été renvoyées à la commission.

Quant à la note de M. Boëns, elle est conçue en termes scientifiques; il vous en sera donné communication, ainsi que de sa lettre, avant la lecture du rapport.

La parole est continuée à M. le secrétaire pour la suite du dépouillement de la correspondance.

— M. Wilbaux, avocat à la Cour d'appel de Bruxelles, présente une note, ayant pour objet un *liniment anti-variolique*, rédigée par feu son père, M. le dr Wilbaux, médecin de l'hospice de la vieillesse et de l'hospice des incurables, à Tournai.

C'est en conformité du désir exprimé par l'auteur, que son remède ne soit pas perdu pour la science, que M. l'avocat Wilbaux soumet ladite note à l'Académie. — Renvoi à l'appréciation de M. Janssens.

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a fait parvenir le programme de son concours, pour un prix de 1,000 francs, à décerner en 1882, sur l'influence exercée par l'adoption de la méthode antiseptique de Lister sur la thérapeutique des maladies articulaires.— Dépôt à la salle de lecture.

— En offrant un exemplaire relié de la collection des rapports annuels de la *Caisse de pensions du corps médical belge*, de 1870 à 1880, le comité directeur de l'Association sollicite le patronage moral de la Compagnie pour cette institution de prévoyance et de bienfaisance.

Après avoir entendu MM. le président, Pigeolet, Thiernesse et Warlomont, sur la proposition de ce dernier membre, cette demande est renvoyée à l'appréciation du Bureau.

— M. Rommelaere offre, au nom de M. Em. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., à Paris, cinq brochures traitant de différents sujets relatifs à l'hygiène. La 1re est un rapport présenté à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, sur les mesures de police sanitaire applicables à la prophylaxie de la variole; la 2e, présentée à la même Société, traite de l'isolement des maladies contagieuses; selon l'auteur, l'isolement des maladies contagieuses devrait être obligatoire dans les hôpitaux; la 3e est relative aux moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires. Les deux autres brochures ont trait à des questions plus exclusivement médicales et scientifiques : l'une, concernant le traitement du lupus par les scarifications linéaires, a été communiquée à l'Académie de médecine de Paris; l'autre est une leçon clinique donnée à l'hôpital Saint-Louis sur l'urticaire.

M. Rommelaere dépose, en outre, l'*Exposé des titres et des travaux scientifiques de M. Vidal.*

— M. Thiry, président de l'Académie, et MM. Burggraeve, à Gand; Feigneaux, à Bruxelles; Tordeus, à Bruxelles; Masoin, à Louvain; Peeters, à Gheel; Van Meenen, à Bruxelles; Du Moulin, à Gand; Masius, à Liége; Dele, à Anvers; Lemoigne, à Milan; Badaloni, à San-Leo; Haeck, à Bruxelles; Lebon, à Gand; Mailly, à Bruxelles; Ruysch, à Maestricht; Wheeler, à Darlington, offrent des publications dont les titres seront mentionnés au paragraphe : OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'assemblée vote des remerciements aux auteurs des publications qui lui sont offertes.

III. — RAPPORTS, LECTURE ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la commission qui a examiné l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine, soumise à l'Académie par M. WARNANT. — M. PIGEOLET, rapporteur.

Messieurs, vous nous avez chargés, M. Mascart et moi, d'examiner le travail présenté à la Compagnie par M. le dr Warnant, à Beauraing, et intitulé : *Observation d'un cas de grossesse extra-utérine ; réflexions.* J'ai l'honneur de vous faire connaître le résultat de nos délibérations.

Il s'agit d'un cas de grossesse extra-utérine terminé favorablement par l'expulsion du produit de la conception par la voie rectale. Les faits de l'espèce, quoique rares, se rencontrent néanmoins de temps à autre ; c'est au point que Puech, au dire de Courty (1), a pu en recueillir 69, décrits dans les annales de la science. Si l'on tient compte de la circonstance que bien des faits sont restés méconnus ou n'ont pas été signalés — et j'ai eu connaissance, pour mon compte, de 3 cas qui n'ont pas été enregistrés, dont 2 suivis de guérison, l'un d'eux ayant aussi été parfaitement connu et apprécié par mon honorable collègue et ami, M. le dr Mascart — on doit reconnaître que les grossesses par erreur de lieu, qui se sont terminées de cette manière, se sont présentées assez fréquemment déjà pour permettre d'en retracer une histoire assez rigoureusement exacte.

Quoi qu'il en soit, le fait dont M. le dr Warnant nous a

(1) A. COURTY. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1866, p. 996.

transmis le récit présente des particularités assez remarquables pour que nous vous en fassions la communication presque littérale.

Mme L. F..., âgée de 37 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, réglée à 11 ans, s'est mariée à 24 ans. Elle eut d'abord trois couches heureuses et fut atteinte, un an après la dernière, d'une leucorrhée abondante qui ne céda qu'au cautère actuel. Enceinte, pour la quatrième fois, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. Cinq années se passèrent ensuite, pendant lesquelles Mme L. F... jouit d'une excellente santé et fut menstruée régulièrement.

Le 1er janvier 1878, époque des menstrues, elle fut exposée à un grand refroidissement; les sudorifiques produisirent un bon effet, mais les règles furent interrompues.

Vers le 15 janvier, un point douloureux se manifesta dans le bas-ventre, s'étendit à l'aine et même à tout le membre inférieur; toutefois la femme ne s'alita point. Malgré son état maladif, l'appétit, qui était d'abord presque nul, revint un peu.

Le mois de février se passa sans menstruation; l'état maladif persista.

Au mois de mars, l'absence des règles porta cette dame à présumer qu'elle était enceinte, malgré qu'elle n'éprouvât pas, disait-elle, les mêmes symptômes qu'aux autres grossesses.

Elle ressentait une douleur à la partie droite de l'hypogastre, s'irradiant par moment dans tout l'abdomen, avec ballonnement passager; la jambe droite, douloureuse, était œdématiée; l'appétit variable.

Sur la fin de mars, l'état général avait paru s'améliorer.

Tels sont les renseignements fournis après cette époque au dr Warnant, car il ne vit la malade pour la première fois que le 2 avril au soir.

Le 2 avril, Mme L... assistait à une fête qui réunissait chez elle quelques amies, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une douleur abdominale très vive qui la força à s'aliter.

Après l'emploi, pendant quelques heures et sans succès, des remèdes familiers que l'on utilise à la campagne, on jugea la présence du médecin indispensable.

M. Warnant trouva la malade au lit en décubitus dorsal, présentant le facies caractéristique de la douleur, accusant des souffrances abdominales très vives, siégeant à droite. Des applications de laudanum sur l'abdomen et en lavement ne procurant qu'un soulagement passager, le confrère de Beauraing conclut, vu la persistance de la douleur, à l'existence d'un état inflammatoire et fit appliquer 20 sangsues.

Le soulagement produit par cette médication permit, le lendemain, un examen plus profond et les recherches que la violence de la douleur avait empêché de compléter la veille.

On constata :

1° Léger ballonnement, sensibilité à la pression, surtout à droite, vers la région de l'ovaire;

2° Utérus ne dépassant pas le rebord pubien;

3° Col et segment inférieur de l'utérus sensibles, surtout à droite où existe de l'empâtement, dû, dans la pensée de l'auteur, au travail inflammatoire qui avait lieu dans cette région;

4° Pouls, la veille à 100, tombé à 90; peau moins sèche; état général pas trop mauvais.

Invité à se prononcer relativement à l'existence de la

grossesse, M. Warnant déclare à Mme L... qu'elle n'est point enceinte, que la matrice ne contient absolument rien.

4 *avril*. Recrudescence, augmentation des symptômes, température élevée du vagin; nouvelle application de sangsues; calomel. Le soir, amélioration notable.

5 *avril*. Rien de particulier.

6 *avril*. Même état; application sur le ventre et sur les cuisses d'onguent mercuriel belladoné; calomel à l'intérieur produisant deux selles liquides.

10 *avril*. Nouvelle recrudescence, même état et même traitement que le 4; le toucher est douloureux, la matrice est abaissée, le col dirigé en avant. Les moyens employés donnent du soulagement.

11-12 *avril*. Même état; au toucher, col allongé, entr'ouvert, dévié à droite en avant, descendu, laissant suinter un liquide épais renfermant (me semblait-il et je ne pouvais m'expliquer la chose, dit l'auteur) des débris de membranes; la congestion et la sensibilité à droite de l'utérus sont les mêmes; l'organe paraît moins mobile; tumeur à droite, que l'on peut limiter, peu volumineuse.

Au palper abdominal, l'utérus paraît augmenté, le ventre est sensible, surtout à droite; au palper profond, on sent une tumeur se dirigeant de l'ovaire vers l'utérus, douloureuse, pas très développée.

Un collègue fut adjoint au médecin traitant, et le diagnostic porté, après examen de la malade, fut: état inflammatoire de la région ovarique, qui, vu sa durée, pouvait se terminer par abcès.

Les indications thérapeutiques établies furent :

1° Se comporter suivant les circonstances qui se présenteraient;

2° Attendre le travail de la nature et l'aider comme on le pourrait.

Depuis cette époque jusqu'au 20 *avril*, les selles furent difficiles et l'on eut recours à l'huile de ricin.

Du 20 *avril* au 6 *mai*, amélioration ; douleur moindre à la pression ; retour de l'appétit; promenade dans l'appartement.

Au toucher, on rencontre une tumeur allongée vers la ligne médiane, remplissant le cul-de-sac utéro-rectal, douloureuse, non fluctuante; le toucher rectal n'apprend rien.

L'état général va s'améliorant, au point que le 6 *mai* la malade se disait guérie; même état de la tumeur.

Le 8 *mai*, la femme, au rapport de la garde-malade, avait eu pendant la nuit du 6 au 7 une selle liquide très abondante, blanchâtre et ressemblant à du pus.

La patiente était souriante, se disait très soulagée et parlait de quitter la chambre.

Interrogée sur la journée du 7, elle répondit que rien d'extraordinaire ne s'était produit chez elle. « J'examinai, dit l'auteur, le ventre, le petit bassin, les organes y contenus, croyant trouver un changement dans la tumeur. Je me disais : en effet l'abcès s'est créé un passage par l'intestin; il n'est survenu aucun accident; remercions la sage nature qui, dans ce cas, a été le vrai médecin ; et comme, me semblait-il, tout danger était disparu, nous pouvions nous réjouir de bon cœur; mais à peine étais-je remis de cet examen que la garde-malade m'appelle et me dit : hâtez-vous, il arrive quelque chose.

» Je me précipitai aussitôt vers le lit et fus très surpris de trouver entre les cuisses, encore adhérent à son cordon, un fœtus d'environ trois mois, nageant au milieu de caillots de sang.

» Mon premier soin fut alors d'examiner la matrice, croyant y trouver le placenta, mais je ne sentis rien, la matrice était fermée.

» Je retirai le doigt, qui ne portait aucune trace de sang.

» Inquiet, je découvris de nouveau la femme, je suivis du doigt le cordon et je m' assurai d'où venait le fœtus. C'est seulement alors que je vis qu'il s'agissait d'une grossesse extra--utérine.

» Bientôt le cordon s'échappa du tube rectal, au milieu d'une masse sanguine, dans laquelle je n'ai reconnu aucune trace du placenta même altéré.

» Le toucher rectal ne me renseigna pas sur le siége de la déchirure que je ne pus atteindre.

» Deux confrères appelés en consultation furent d'avis comme moi qu'il n'y avait qu'à attendre les évènements et combattre les complications qui pourraient se présenter. »

9 *mai*. La nuit fut très calme; il y eut vers le matin une évacuation de matière séro-sanguinolente (un demi-vase de nuit) exhalant une odeur infecte.

Le toucher, très douloureux, ne donne aucun changement du côté de la matrice qui est immobile.

La palper abdominal profond est impossible par l'excès de la sensibilité.

Etat général assez bon ; aucun frisson n'a eu lieu ; pouls à 80; cependant la langue est sèche, le facies altéré, le ventre ballonné.

Prescriptions : onctions mercurielles belladonées sur le ventre et les cuisses; laudanum à l'intérieur dans le but de produire la constipation; repos absolu.

Du 10 *au* 15 *mai*, même état.

Le 15 mai, évacuation alvine, matières fécales mélangées de sang.

Au toucher, diminution de la sensibilité de l'utérus et du col; celui-ci est moins bas et moins incliné; la tumeur située à droite est moins sensible, moins volumineuse.

Le palper abdominal fait constater que l'utérus dépasse de quatre travers de doigt le rebord pubien et incline à gauche.

16 et 17 *mai*. Rien de particulier.

18 *mai*. Selle naturelle, ne présentant aucune trace de sang; état général très bon; grande confiance pour la terminaison heureuse de la maladie.

Le palper abdominal reste douloureux; la douleur se fait sentir à gauche; « j'y reconnais, dit l'auteur, le corps de l'utérus dépassant l'ombilic. Le toucher est aussi très douloureux.

» Je n'hésite pas à combattre par des sangsues et du calomel cette inflammation locale et cela d'une manière énergique, voulant ainsi éviter le renouvellement d'une péritonite partielle.

» Au bout de quelques jours, l'utérus diminue de volume, le col reprend sa place habituelle tout en se montrant toujours assez douloureux.

» Je fus certain alors de la guérison; l'état local ne m'inspirait plus aucune crainte. »

L'appétit revint et, le 30 mai, la malade put quitter le lit; l'amélioration progressa de jour en jour; les forces revinrent et la guérison fut complète.

Depuis cette époque se produisit un catarrhe utérin, très rebelle, dont un traitement long et bien suivi fit justice : bains de siège, émollients, injections répétées quatre fois par jour d'une décoction de tannin, de ratanhia et de feuilles de belladone, additionnée plus tard d'alun.

Tous les deux mois, application de sangsues.

Dix mois après, le catarrhe avait complètement disparu.

L'état général de la femme est très bon, la menstruation, assez irrégulière dans les premiers temps, quoique peu abondante aujourd'hui, revient périodiquement.

L'utérus et son col occupent leur place ordinaire; il ne reste plus qu'un peu de sensibilité à droite pendant l'époque menstruelle.

Voilà, messieurs, l'observation communiquée par M. le dr Warnant. Nous avons voulu, en lui laissant ses principaux détails, conserver tout l'intérêt qu'elle présente surtout pour les praticiens qui rencontreraient pour la première fois un cas de l'espèce.

L'auteur fait suivre son récit de quelques développements concernant l'histoire de la grossesse extra-utérine, ses variétés, ses causes, ses symptômes, le diagnostic différentiel, la marche, la durée, la terminaison, le pronostic et le traitement.

A propos des causes, il attache une certaine importance au refroidissement signalé à la date de la dernière époque menstruelle, qui fut brusquement supprimée pour ne plus se reproduire; il considère ce fait comme ayant pu être le point de départ de l'obstacle apporté au cheminement de l'ovule fécondé vers l'utérus.

Cette cause peut certainement exister; l'ovule peut être empêché d'atteindre la cavité utérine, être retenu ou conduit dans un point insolite, l'affection catarrhale de la trompe ne lui ayant pas permis d'en parcourir le trajet. Cette circonstance a été signalée par beaucoup d'auteurs. Playfair dit (1): « un épaississement inflammatoire des pa-

(1) W. S. PLAYFAIR, professeur d'obstétrique à King's College. *Traité*

rois des trompes de Fallope, en diminuant leur calibre, mais pas assez pour faire obstacle au passage des spermatozoaires, peut gêner les mouvements de la trompe qui font cheminer l'œuf et en arrêter la descente..... un rétrécissement de son calibre par du mucus épaissi, etc. » Dans Schröder (1), nous trouvons dans l'énumération des causes de la grossesse extra-utérine (page 370) : « Peut-être aussi le catarrhe de la trompe, avec perte des cils vibratiles, peut-il empêcher totalement la progression de l'œuf ou du moins la ralentir à ce point qu'il se trouve encore dans la trompe au moment où il cherche à se greffer sur les parties qui l'entourent. »

Nægele et Grenser (2) ne sont pas moins positifs à cet égard. « La grossesse par erreur de lieu se produit chaque fois que l'ovule fécondé est empêché, à l'époque de la conception, de pénétrer dans la trompe ou de traverser ce canal dans toute sa longueur. Ce résultat doit être amené surtout par les lésions organiques et fonctionnelles de la trompe, tels que..... la chute de l'épithélium vibratile par suite de maladies catarrhales, le développement défectueux des cils vibratiles, la tuméfaction inflammatoire des parois....., l'obturation du canal par un bouchon de mucus visqueux..... »

Nous croyons qu'il ne faut pas prendre d'une manière absolue l'opinion émise par Nægele et Grenser : *que la gros-*

théorique et pratique de l'art des accouchements. Traduit sur la 2e édit. angl. par le dr Verneuil. Paris, 1879.

(1) C. SCHRÖDER, professeur d'obstétrique à l'université d'Erlangen. *Manuel d'accouchements*. 4e édit., traduite par A. Charpentier. Paris, 1875.

(2) H. F. NÆGELE et W. L. GRENSER. *Traité pratique de l'art des accouchements*. 8e édit., traduite par G. A. Aubenas. Paris, 1880.

sesse extra-utérine se produit chaque fois que l'ovule fécondé ne peut arriver dans la cavité utérine.

Nous pensons que bien des fois l'œuf fécondé, n'arrivant pas dans la cavité utérine, ne rencontre point, dans le lieu où il se trouve arrêté, les conditions utiles, nécessaires, indispensables à son développement. Nous allons même plus loin et nous sommes porté à croire que certaines causes de stérilité, conséquence de diverses conditions organiques ou fonctionnelles de l'organe utérin, tout spécialement destiné à l'incubation, doivent à plus forte raison se rencontrer dans des lieux, au milieu d'organes qui n'ont point reçu cette destination.

Dans les divers points qu'il examine à propos de sa description, M. Warnant applique au cas qu'il a observé des idées théoriques qu'il semble surtout avoir puisées dans l'ouvrage de Courty (1), car il cite la statistique des faits recueillis par Puech et cités par cet auteur, de 69 grossesses extra-utérines, dans lesquelles, le kyste s'étant ouvert dans l'intestin, l'expulsion naturelle ou artificielle du produit de la conception a eu lieu par la voie rectale, ainsi que dans la monographie de M. Van Cauwenberghe (2), dont il invoque aussi l'opinion.

Nous craindrions d'abuser des moments de l'Académie, en entrant dans des détails plus circonstanciés, dans des développements plus grands sur ce point de pathologie gynécologique, bien intéressant il est vrai; en effet, ce sujet a été traité dans nombre d'ouvrages spéciaux, de monographies importantes, même dans notre pays; car outre

(1) A. Courty. *Ouv. cite*

(2) Ch.-J Van Cauwenberghe. *Des grossesses extra-utérines.* (Concours universitaire de 1865-66.) Bruxelles, 1867.

l'ouvrage de M. Van Cauwenberghe, dont nous venons de parler, nous avons celui de M. De Smet (1), qui a paru à l'occasion du concours universitaire de 1865-1866, travail d'un mérite reconnu.

Nous comptons, depuis lors, au nombre des travaux spéciaux, sur le même sujet, ceux de Stoltz (2), de Mattei (3), et les thèses de Triadon (4), de Bolard (5), de Deschamps (6); de sorte que nous ne pourrions, en entrant davantage au cœur de la question, en abordant les divers points de l'histoire de cette maladie importante, que rencontrer ce que bien des auteurs ont développé de manière à satisfaire aux *desiderata* que l'ont pourrait exprimer à son sujet.

Le point sur lequel il reste encore à insister un peu, c'est celui qui paraît avoir guidé M. Warnant, en donnant tous les détails de la maladie, qu'il a eus sous les yeux, de faire ressortir les difficultés qui se présentent au praticien pour reconnaître l'existence de la grossesse extra-utérine. S'il lui eût été nécessaire d'invoquer quelques autorités, à ce point de vue, il lui suffisait d'ouvrir Joulin (7) : « Le dia-» gnostic des grossesses extra-utérines est parfois tellement » difficile, » dit cet auteur, « que les maîtres les plus expé-

(1) Ed. De Smet. *Des grossesses extra-utérines.* (Concours universitaire de 1865-66.) Bruxelles, 1868.

(2) J.-A. Stoltz. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; t. XVII, 1873, p. 125.

(3) Mattei. *Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement.* Paris, 1860.

(4) Triadon. *Des grossesses extra-utérines.* (Thèse de concours.) Montpellier, 1866.

(5) A. Bolard. *Essais sur les grossesses extra-utérines.* Strasbourg, 1866.

(6) Benj. Deschamps. *Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement.* Paris, 1880.

(7) M. Joulin. *Traité complet d'accouchements.* Paris, 1867, p. 962.

» rimentés l'ont méconnue quand elle existait, et ont cru » l'observer alors qu'elle n'existait pas. » Il cite comme preuve le fait suivant : « Huguier diagnostiqua une gros- » sesse extra-utérine, chez une femme de son service. La » malade fut examinée par Dubois, Danyau, Robert, De- » paul, Marjolin et quelques autres chirurgiens. Dubois » émit de simples doutes sur la réalité de la grossesse » extra-utérine; d'autres l'admirent, sans être aussi affir- » matifs que Huguier. En somme, personne ne reconnut » formellement que la grossesse était normale, et cepen- » dant la femme accoucha tout spontanément, au moment » où on allait lui pratiquer l'opération. »

Nægele et Grenser (1) ne sont pas moins formels; selon eux, les grossesses extra-utérines ne sont reconnues, en général, pendant les premiers mois, qu'au moment où elles prennent une terminaison; l'éveil est alors donné par les symptômes d'une rupture et d'une hémorragie internes, ou d'une péritonite très aiguë qui se déclare subitement sans cause appréciable, ou bien par un travail de suppuration et d'ulcération, qui permet l'élimination du produit de la conception ou de ses débris par le rectum, par la paroi abdominale; quelquefois l'autopsie seulement vient mettre au jour l'existence du fait.

On ne saurait trop insister, lorsqu'il y a soupçon de grossesse par la personne intéressée et que l'utérus n'est point le siége du développement habituel en pareil cas, sur la nécessité de recueillir tous les symptômes que l'on peut constater dans les premières semaines ou les premiers mois de la gestation, et en les rapprochant des phénomènes propres à l'insertion et au développement d'un ovule dans

(1) *Ouvrage cité*, § 831, page 737.

un lieu insolite, on parviendra, si pas toujours, au moins dans certains cas, à obtenir une certitude à l'égard de l'existence d'une grossesse par erreur de lieu.

Nous bornons là nos réflexions sur l'intéressante observation de M. le dr Warnant. Nous vous proposons, messieurs, de voter des remercîments à l'auteur, de l'engager à continuer ses relations avec l'Académie et d'ordonner le dépôt honorable de son travail aux archives. — Adopté.

2. OBSERVATIONS de M. BOËNS, correspondant, relatives à la vaccine.

Avant d'appeler M. Warlomont à la tribune pour donner communication du rapport de la commission de la vaccine, M. le président invite M. le secrétaire à donner lecture de la lettre et de la note de M. Boëns.

A Messieurs les président et membres de l'Académie royale de médecine,

Messieurs, je n'ai ni l'intention ni le droit de me plaindre de l'empressement avec lequel votre commission de la vaccine compte remplir sa mission en lisant son rapport dans votre prochaine séance du 29 courant, je viens seulement, au nom de la bonne foi scientifique, demander l'autorisation de vous signaler les faits suivants, avant qu'il ne vous soit donné connaissance de ce rapport.

Plusieurs professeurs et praticiens qui font partie de la ligue internationale des anti-vaccinateurs se proposaient de transmettre à votre commission, par mon intermédiaire et suivant les règles administratives, des *statistiques officielles*, inédites, extrêmement intéressantes. Le secrétaire général de cette ligue hâtait, de son côté, la publication des mé-

moires du convent qui s'est tenu à Paris du 11 au 15 décembre dernier, afin de pouvoir vous en offrir trois exemplaires destinés aux trois membres que vous avez chargés d'examiner la question du vaccin ou des vaccins. Enfin, connaissant l'importance capitale que nous devons attacher aux faits bien observés et judicieusement contrôlés dans les discussions de science et de pratique médicales, j'avais l'intention de joindre à ces divers envois un petit résumé succinct des principes que j'ai formulés dans les trois études anti-vaccinales que j'ai eu l'honneur de vous communiquer.

Je regrette que votre commission, qui doit être aussi désireuse que vous-mêmes, messieurs, et que tous les anti-vaccinateurs des diverses parties du monde de faire luire ou de voir luire la lumière de la vérité positive, formelle, évidente sur des sujets qui intéressent la vie et l'avenir des sociétés humaines, n'ait pas cru utile de tenir compte des documents dont je lui avais annoncé, par voie officielle, l'envoi prochain, et dont une partie seulement se trouve actuellement entre mes mains.

Toutefois, je crois devoir joindre à l'exposé précédent les quelques lignes par lesquelles j'ai résumé les *principes* que je défends à propos de la méthode de Jenner, et que les faits nombreux qui me sont signalés de toutes parts viennent confirmer chaque jour davantage.

Agréez, etc.

HUBERT BOËNS,
Président de la ligue internationale des anti-vaccinateurs et membre de la Société des gens de lettres de Paris.

Charleroi, 25 janvier 1881.

Mes principes.

1. L'hygiène bien appliquée en tous temps est, avec la médecine préventive bien entendue, le seul préservatif sérieux, certain, contre les épidémies de petite vérole, tant durant leur cours qu'avant leur arrivée.

2. La contagion de la petite vérole ne peut être prévenue d'homme à homme que par des mesures hygiéniques prises à l'égard de tous les varioleux indistinctement, ainsi que des locaux et localités où la maladie apparaît.

3. L'immunité *proportionnelle* contre les atteintes de petite vérole qui résulte d'une première attaque de cette maladie ou d'une maladie antérieure plus ou moins généralisée, soit naturelle, soit *artificielle*, c'est-à-dire *provoquée* par des moyens préventifs tels que la médecine hygiénique, la vaccine, etc., est toujours illusoire et ne peut dispenser personne de l'application stricte des deux principes précédents.

4. La vaccine est une *piqûre septique* dont les effets généraux varient en intensité selon la *quantité* et la *qualité* du produit pathologique qui a été inoculé. Le vaccin jeune et frais n'occasionne qu'exceptionnellement une manifestation générale et même locale. C'est le cas des vaccinés et revaccinés sans succès. Le vaccin vieux ou en pleine maturité est *toujours suivi*, comme toute piqûre anatomique, de phénomènes locaux et quelquefois généraux plus ou moins prononcés.

5. Les vaccinations et revaccinations suivies de succès sont souvent accompagnées ou suivies de conséquences fâcheuses pour la santé des inoculés. Ces sujets forment le contingent de ce que nous appelons *les victimes du vaccin*.

6. Comme il est dit au principe 3, les maladies inflammatoires et septiques qu'engendrent les inoculations du vaccin soit humain, soit animal, laissent après elles, et pendant un temps très souvent de courte durée, variable selon diverses circonstances faciles à déterminer, une immunité qui est *toujours illusoire*, comme toute immunité due à une affection générale qui a remué tout l'organisme et dont celui-ci a pu se guérir complètement.

7. Les faits recueillis en Allemagne et en Angleterre démontrent que la pratique vaccinale, après avoir momentanément produit une affection de nature putride chez certains vaccinés et les avoir, lorsqu'ils ont recouvré la santé, rendus, après un laps de temps très court, moins aptes à contracter la petite vérole ou toute autre maladie zymotique, crée chez les sujets une prédisposition consécutive à être de nouveau atteints de l'une ou l'autre de ces maladies, lorsque leur état constitutionnel propre est revenu dans ses conditions habituelles.

8. Donc, en introduisant dans l'organisme humain un germe de pourriture, nommé vaccin animal ou vaccin humain, on y suscite une *maladie infectieuse*, qui peut avoir de graves conséquences prochaines ou éloignées pour la santé; on prédispose ensuite cet organisme à entrer de nouveau en fermentation ou en putréfaction, lorsqu'après avoir été passagèrement dépouillé par la maladie vaccinale d'une partie de ses sucs putrescibles, il est rentré dans son état normal.

A côté de ces effets désastreux, de ces désavantages incontestables, la fièvre de pourriture vaccinale, comme toute autre maladie plus ou moins généralisée dont le patient a triomphé, laisse dans l'organisme une certaine inaptitude à

être influencé par les mêmes produits morbides, inaptitude qui dure jusqu'au moment plus ou moins rapproché où il aura récupéré tous ses sucs et tous ses tissus normaux.

HUBERT BOËNS.

3. RAPPORT de la commission qui a été chargée de l'examen des questions ressortissant à la vaccine. — M. WARLOMONT, rapporteur (1).

1. La variole est une maladie éruptive, fébrile, contagieuse, n'attaquant l'homme, en général, qu'une fois en sa vie. Signalée pour la première fois au VI^e^ siècle de l'ère chrétienne, on la retrouve, au XVI^e^, universelle et terrible.

Les auteurs ont suivi la marche de la variole depuis son apparition. On croit assez communément qu'elle est originaire de l'Afrique, et qu'elle s'est, de là, étendue de proche en proche, par voie de contagion.

Pour se représenter ce qu'elle était pendant les temps d'épidémie, et ce qu'était la dîme prélevée par cette maladie sur l'humanité, avant la découverte de la vaccine, il suffira de dire que la narration des guerres les plus meurtrières est impuissante à en donner l'idée. Simon comparait l'envahissement du fléau à ces armées de locustes qui s'abattent sur les vignobles et les pâturages, convertissant en désert ce qui était, tantôt encore, fraîcheur et fertilité. Et ce n'était pas trop dire : là où la petite vérole sévissait, elle était sans merci, couchant sur le sol des nations entières, comme fait l'ouragan d'un champ de blé. Elle a dépeuplé Saint-Domingue, Messine, le Brésil, l'Amérique du Nord, où elle a prêté son concours aux horreurs de l'inva-

(1) La commission se composait de MM. THIRY, président de l'Académie, CRANINX et WARLOMONT, anciens vice-présidents.

sion européenne. Plus cruelle que les conquérants, elle a frappé 3 millions et demi d'indigènes mexicains, sans en épargner assez pour suffire à l'ensevelissement des morts. De la Condamine rapporte que, vers 1563, elle a ravagé plus de 100,000 Indiens dans la seule province de Quito. Trente millions de blancs, dit M. Catlin, se battent aujourd'hui, pour la jouissance de l'or, sur les os et les cendres de 20 millions d'hommes rouges, dont 6 millions sont tombés victimes de la variole, tandis que la baïonnette, le sabre et le whisky fauchaient le reste.

Partout où la maladie sévissait alors, c'était ce même tableau, que nous retrouvons encore, dans les temps modernes, parmi les peuples auxquels les bénéfices de la vaccine avaient été refusés. Écoutez, dans son effroyable horreur, ce qui s'est écrit sur l'épidémie de variole qui a sévi parmi les Indiens, en 1837 : « L'appareil symptomatique n'a d'égal, au point de vue de l'épouvante, que la rapidité de la propagation. Elle frappe l'individu et l'enlève en quelques heures. Aussitôt après la mort, le corps devient noir et se gonfle jusqu'à acquérir le triple de son volume. Les médecins sont sans puissance et les hôpitaux sans utilité ; les ouvriers européens ne font, pendant des semaines, que d'enterrer des morts. De la tribu des Mandans, réduite déjà, par divers désastres, au chiffre de quinze cents, il ne demeura que trente hommes ; tout le reste avait péri. La tribu voisine était en chasse quand le fléau vint la surprendre et enlever en peu de temps la moitié de ses membres. La prairie qui entoure leur camp s'était transformée en un vaste champ funéraire, tout couvert de cadavres privés de sépulture et répandant au loin l'infection et la pestilence. »

La variole n'apparaît pas, aux yeux des contemporains, sous l'aspect lugubre qu'elle offrait avant que la pratique de la vaccination ne fût instituée. Personne, pour ainsi dire, n'y échappait. Et que dire des inexprimables angoisses des dernières agonies? Abandonnée de tous — la crainte de la contagion faisait le vide autour d'elle — la pauvre créature expirait solitaire, sans secours, sur une couche infecte, objet de terreur et de répulsion pour tous.

Et ce n'était pas tout : ceux qui en réchappaient étaient condamnés à porter, leur vie durant, des taches indélébiles, ravageant leur visage, et, ce qui est pire, traînant avec elles des infirmités cruelles, parmi lesquelles la perte partielle ou totale de la vue se distinguait entre toutes. Le *Livre bleu* d'Angleterre (1857) indique que les deux tiers des malheureux qui demandaient assistance à l'*Hôpital pour les aveugles pauvres* avaient perdu la vue du chef de la variole.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la variole est une maladie longue, dépressive, entraînant toujours à sa suite une détérioration plus ou moins profonde de la constitution. Reprenant l'idée déjà exprimée par Jenner, les praticiens contemporains, Blache, Guersent, Allison, ont émis l'avis que la variole devait donner le coup de fouet à la scrofule et à la phtisie chez les personnes prédisposées. « J'ai » vu souvent, dit Allison, des affections strumeuses et tu- » berculeuses surgir de l'état de faiblesse compagne de la » convalescence variolique, et je ne fais aucun doute que » tout ce qui a pour résultat de prévenir la variole ne doive » avoir pour effet de sauver une grande partie de la popu- » lation de la scrofule et de la tuberculose, qui, autrement, » lui auraient été fatales. » Depuis 40 ans, l'un de nous, M. Craninx, enseigne la même chose

L'histoire rapporte, dans de grands détails, les holocaustes humains offerts à la mort par ce mal affreux pendant le dix-huitième siècle, à la fin duquel la vaccine fut inventée. Le fléau, tantôt sporadique, tantôt épidémique, prenait ses victimes partout, sans distinction d'âge, de sexe, de constitution ni de condition sociale, semblant même affecter quelque prédilection pour les grands de la terre. On a dressé la liste des familles princières dans lesquelles la variole a exercé ses ravages (1) : Madame reine de Suède en mourait en 1741, et Louis XV en 1774; un grand-dauphin y avait succombé en 1711, et un empereur de Russie en 1727. Ainsi, empereurs, rois et ducs y ont fourni un contingent de martyrs qu'aucune maladie n'a jamais atteint.

2. Nous avons dit que la petite vérole n'attaque, en général, qu'une fois les mêmes sujets. Cette loi, qui lui est commune avec d'autres fièvres éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole, a été depuis longtemps confirmée par l'observation et promulguée par l'opinion, bien qu'elle comporte d'assez nombreuses exceptions. C'est sur elle que reposa la pratique de l'inoculation prophylactique, méthode qui consistait, on le sait, à donner la variole aux gens pour qu'ils ne la prissent point. Les circonstances avaient fait découvrir que cette maladie sévissait avec moins de rigueur quand elle était communiquée artificiellement, et que, lorsque l'éruption ne trouvait à percer qu'une peau fine et délicate, elle ne laissait guère d'impression sur le visage. On avait reconnu également qu'une

(1) KUSSMAUL. *Zwanzig Briefe über Menschenpocken und Kuhpocke impfung*. Friburg, 1 B. 1870, pp. 8 et 9.

variole faible — ébauchée, pour nous servir de l'expression du jour — préservait à l'égal de la plus intense.

De là à imaginer la variolation, il n'y avait qu'un pas, et il dut être bientôt franchi. On ne sait pas à quelle époque elle remonte; ce qu'on sait, c'est qu'elle était, dans les temps les plus reculés, une opération vulgaire dans la Géorgie et la Circassie, où le désir de conserver la fraîcheur du visage à leurs filles, appelées à fournir de beautés les harems du Grand-Seigneur et du Sophi de Perse, a inspiré de bonne heure à leurs parents, si l'on en croit Voltaire, ce moyen de préservation.

Avec le temps, la pratique de la variolation se généralisa. On la trouve à Constantinople en 1693; dès 1713, elle était signalée en Angleterre, et, en 1715, Pilarini avait fait connaître aux Vénitiens les avantages de l'insertion de la variole. Lady Wortley Montaigu avait fait inoculer son fils à Constantinople, et, de retour en Angleterre, avait dit à la Princesse de Galles le succès de l'opération. Celle-ci, à son tour, avait fait inoculer ses enfants, et un si grand exemple avait contribué autant à la fortune de l'inoculation que les grands éloges donnés à cette opération par les plus célèbres médecins anglais de ces temps : Hans Sloane, Maitland, Freind, Mead, Fuller, Jurin, Arbuthnot, Kirkpatrik, etc. (1717-1720).

A la considérer au point de vue des masses, l'inoculation était passible des plus sévères critiques : tel sujet, qui ne demandait que la préservation, était bel et bien frappé en plein; tel autre, variolé dans les proportions demandées, communiquait à son voisin, non garanti, une variole grave et l'en faisait mourir; celui-là, à son tour, créait autour de lui un foyer qu'il allait être difficile de circonscrire. Il y

avait là, à toute évidence, une cause de danger public.

Autre chose était, si l'on se plaçait au point de vue de l'individu. La préservation procurée par une variolation réussie étant devenue un article de foi, il était naturel que l'on se fît inoculer, soi et ses enfants, pour éloigner, au prix d'un risque relativement léger, un danger propre à terrifier les mères les plus vaillantes. Chacun pensant à soi d'abord — on sait que c'est par là que la charité bien ordonnée commence — se mettait ainsi à couvert et s'endormait en paix. Les heureux de la terre donc — et les médecins bien avisés — se faisaient inoculer et s'en trouvaient bien.

Faire profiter les masses du même bienfait, tel était le problème posé et dont la solution était avidement recherchée. A moins de n'en user que dans les déserts, l'inoculation était une arme à deux tranchants, dont il fallait se méfier. Inoculer tout le monde, n'eût-ce point été allumer un incendie impossible à éteindre?

Les esprits se tendaient à la recherche d'une solution qui était dans tous les vœux : l'application inoffensive généralisée d'un principe dont l'admission avait rouvert les cœurs à la confiance. Ce principe, malheureusement, était combattu par d'irréconciliables adversaires : « Blackmore » et Wagstag, nous dit *Montfalcon* (1), ouvrirent la carrière » à cette multitude d'hommes obscurs et faits pour l'être, » qui armèrent, contre l'insertion de la variole, l'igno- » rance, l'envie et la mauvaise foi. Un prédicateur fana- » tique avait poussé le ridicule jusqu'à dire, dans la chaire » évangélique, que Job avait été inoculé par le diable. Les » dernières années du dix-huitième siècle ont vu s'élever

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, 1821.

» contre la vaccine des détracteurs aussi furieux et aussi » absurdes. Les temps, les choses changent, les hommes » sont toujours les mêmes. »

Ce fut au milieu de ces luttes et de ces intransigeances — le mot seul est nouveau — que la vaccine fut inventée. Elle apporta avec elle un immense soulagement. On allait pouvoir désormais conjurer la plus effroyable des calamités par un moyen simple, inoffensif, et qu'on pourrait appliquer aux populations entières, sans avoir à appréhender d'allumer un incendie, qui ne pourrait s'éteindre qu'après avoir tout consumé. La joie fut universelle, le remède trouvé par Jenner répondait à toutes les aspirations.

On sait l'histoire de cette découverte : on avait constaté que certaines vaches laitières étaient parfois affligées d'une éruption siégeant aux trayons, et remarqué que les personnes qui avaient contracté d'elles, en se l'inoculant aux mains, une éruption semblable, n'étaient plus propres à contracter la variole, et le fait avait été signalé, en 1781, par un Français, nommé Ramond-Pommier, ministre protestant, à Montpellier. Jenner avait trouvé, plus tard, que la même opinion avait cours parmi les fermes du Comté de Gloucester, et ç'avait été pour lui le trait de lumière d'où devait naître la vaccine. Il avait su comprendre, le premier, que, si la variole préserve de la variole, en rendant stériles, au point de vue de sa répétition, les terrains qu'elle a une fois moissonnés, cette même stérilité pouvait être — et il était même logique qu'elle le fût — le résultat d'une occupation préalable des organismes par d'autres espèces appartenant au même genre. Entre la pustule variolique humaine et le cowpox, — qu'on peut, sans s'engager aucunement et sans en tirer aucune conclusion au point

de vue génésique, appeler « pustule variolique animale, » — les analogies abondent.

L'idée conçue et exprimée fit un rapide chemin. On prit la matière sécrétée par les pustules du pis des vaches pour l'inoculer aux gens, et lorsqu'ensuite on inocula à ceux-ci la variole elle-même, ils y furent réfractaires. La vaccine était inventée.

3. Comment l'immunité procurée par la variolation ou par la vaccination peut-elle s'expliquer scientifiquement? Nous n'hésitons pas à reconnaître que, de même que celle de tous les grands phénomènes de la nature, la démonstration de cette immunité ne peut se passer de l'hypothèse. Chaque cas de variole a son état-civil, sa généalogie. Pas plus que l'acarus de la gale, pas plus que la trichine, pas plus que le microbe du charbon, le germe de la variole ne naît spontanément.

On nous saura gré sans doute d'avoir dit « *germe* » et non point « *microbe* ». Bien que nos convictions soient faites à cet égard, nous n'avons pas voulu violenter celles des autres. « Les découvertes de M. Pasteur, a dit récemment d'une façon charmante M. Roger, président sortant de l'Académie de médecine de Paris, chacun les accepte et les admire. Quant aux applications futures à en faire à la pathologie humaine; quant à l'existence d'un microbe spécial dans toutes les maladies contagieuses, dont il serait la cause unique; quant aux conséquences thérapeutiques qui dérivent de cette expérience, à savoir la préservation certaine et l'extinction finale de ces fléaux, ce ne sont encore que de beaux rêves; mais le génie d'un Jenner ou d'un Pasteur peut les transformer en des réalités bien-

faisantes. Dans ces matières difficiles, où bien peu sont compétents, je ne suis ni de ceux qui affirment, ni de ceux qui nient — il aurait pu ajouter : ni de ceux qui dénigrent — je suis du parti de ceux qui espèrent. »

C'est à ce dernier que nous appartenons, et sans doute notre argumentation se ressentira de cette tendance. Si nous devions nous y laisser aller plus que nous ne voulons, ceux qui nous écoutent ou ceux qui nous liront voudront bien n'en prendre que ce qu'il faut. Quand nous parlerons du principe actif du vaccin, ce principe actif sera toujours pour nous un élément figuré, qu'on l'appelle corpuscule animé, microbe, granulation ou ferment ; nous n'entendons rien préjuger d'ailleurs.

Cela ne nous empêchera pas de dire que, quoi qu'il soit, ce germe, pour exister et se multiplier, a besoin d'un milieu approprié. « On ne peut, dit M. Pasteur — nous savons qu'il y a d'autres hypothèses, mais nous nous en tiendrons à celle-là, qui nous suffit, — se défendre de l'idée que le microbe — nous dirons « germe » et ce sera tout un — trouve dans le corps de l'animal où il va élire domicile un milieu de culture, et que, pour satisfaire aux actes de sa propre vie, il altère ou détruit, ce qui revient au même, certaines matières, soit qu'il les élabore à son profit, soit qu'il les brûle par l'oxygène qu'il emprunte au sang. » Or, tous les êtres humains, pour ne parler que d'eux, ne paraissent pas être, à un égal degré, ce milieu de culture favorable à la vie du germe variolique ou vaccinal. Les uns y sont propices, les autres réfractaires. Le germe s'attaque-t-il aux premiers, il s'y installe et s'y multiplie, en raison du *pabulum vitæ* qu'il y rencontre ; celui-ci une fois épuisé, il meurt d'inanition ; de ce moment l'immunité est acquise.

Se heurte-t-il à un sujet réfractaire, soit de naissance, soit par épuisement préalable, il vient échouer à l'entrée.

Supposons l'ennemi dans la place, il s'y multiplie et s'y nourrit jusqu'à épuisement du sujet ; de ce moment, celui-ci n'a plus rien à redouter de ses agressions pour un temps indéterminé ; mais ce temps n'est pas illimité ; il peut venir un moment où la réceptivité se rétablit et ne peut plus être détruite que par un nouveau terme d'occupation. Le germe, introduit à nouveau, épuise derechef son sujet et le rend impropre à la vie de nouveaux occupants.

Pour certains sujets, il suffit à leur épuisement d'une seule colonie d'habitants; pour d'autres, il en faut deux, trois, dix. Ne pouvant rien préjuger d'avance, il n'y a qu'un moyen de s'assurer de l'immunité actuelle, c'est de répéter les inoculations à de courts intervalles de temps. En matière de vaccine, nous appelons cela *vaccinisation*. Inutile de dire que c'est la revaccination qui doit périodiquement rétablir l'irréceptivité.

4. Nous nous contenterons d'avoir effleuré ces questions, quitte à y revenir plus tard, s'il en est besoin. Il nous tarde d'aborder celles dont la Compagnie a plus spécialement recommandé l'étude à la commission dont nous avons l'honneur d'être en ce moment l'organe.

La ligue anti-vaccinatrice est vieille comme la vaccine; elle a eu ses périodes d'assoupissement; elle est, en ce moment, en état de crise violente et bruyante; elle a ses *couvents* et sa presse au verbe acerbe et haut, à laquelle s'appliquent si bien ces mots de M. de Tocqueville :

« Si l'on veut connaître la puissance vraie de la presse, » il ne faut jamais faire attention à ce qu'elle dit, mais

» à la manière dont on l'écoute. Ce sont ses ardeurs » mêmes qui, quelquefois, annoncent ses faiblesses et pré- » sagent sa fin. Ses clameurs et ses périls ont souvent la » même voix. Elle ne crie si haut que parce que son au- » ditoire devient sourd, et c'est cette surdité du public » qui, un jour, permet enfin de la réduire impunément au » silence. »

L'Académie, préoccupée de l'intérêt humanitaire considérable engagé, a cru de son devoir de relever à nouveau les griefs soulevés, malgré l'ingratitude d'un labeur déjà assez souvent accompli pour qu'elle pût le croire désormais superflu. Si ces griefs sont fondés, ou quelques-uns d'entre eux, il faut que la commission le reconnaisse avec sincérité, et elle en aura sans doute l'occasion, car un peu de vérité se mêle toujours aux plus grossières erreurs. Quant aux critiques n'ayant pour base que de vaines suppositions, comme beaucoup de celles qui ont pollué le passé d'une institution qui a jeté dans la conscience publique de si profondes racines, votre commission les jugera suivant leurs mérites.

5. L'objection la plus radicale est celle-ci : La vaccine n'est pas un préservatif contre la variole; ceux qui la pratiquent sont dupes d'une illusion.

C'est une allégation simple. On sait, en effet — et l'épidémie de 1871 l'a surabondamment démontré — que la variole n'a rien perdu de sa puissance; elle frappe et moissonne l'individu, comme à son plus beau temps. Et cependant, elle tue infiniment moins de monde, dans ses plus terribles épidémies, qu'elle n'en tuait avant la découverte de la vaccine, quand elle apparaissait sous la même forme.

Est-ce, ainsi qu'on l'a dit, parce qu'elle s'adresse aujourd'hui à des sujets ayant profité de tous les avantages que leur ont procuré les progrès incessants de l'*art de vivre ?* Point. Ceux qui sont atteints ou frappés sont aussi bien des hommes de choix que des individus déshérités de tous les biens de la terre; ceux-ci sont, en réalité, plus sujets à absorber des germes délétères que les individus mieux nourris, mais ils ne peuvent, pas plus que les premiers, être pris de variole sans l'intervention du germe spécial qui la produit.

Qu'est-ce donc, si ce n'est la résistance individuelle opposée au fléau par la vaccine, qui a créé cette différence des chiffres des pertes par variole? Si cette résistance n'avait pas existé, l'épidémie de 1871 fût devenue une peste aussi destructive qu'était la variole au siècle dernier, ou aux Indes, en 1837.

La statistique montre ce qu'était la mortalité du chef de la variole, avant la découverte de la vaccine, et ce qu'elle fut après. Nous lui emprunterons quelques-uns de ses tableaux.

1° Le tableau I *(voy. tab. I)* établit qu'en Westphalie, par exemple, le chiffre de la mortalité variolique, qui s'était élevé annuellement par million d'habitants, à **2643**, pendant les 31 années qui avaient précédé l'invention de la vaccine ou qui s'étaient écoulées avant qu'on eût pu en ressentir les bienfaits, à savoir de 1777 à 1806, est tombée à la moyenne de **114** pour chacune des années qui suivirent, c'est-à-dire de 1807 à 1850.

Il établit encore qu'à partir de l'avènement de la nouvelle pratique, la mortalité est descendue, à Copenhague, au

onzième, en Suède; au *treizième*, en Autriche; au *vingtième* de ce qu'elle était auparavant. A Londres, où elle faisait par an de **trois** à **cinq mille** victimes par million d'habitants, la mortalité variolique annuelle tombe à moins de **304** pendant les années 1841 à 1853, à **149** en 1854, à **132** en 1855, pour toute l'Angleterre et le pays de Galles!

Tous ces résultats se révèlent à une époque où la vaccination n'était encore qu'imparfaitement réglementée, pratiquée un peu par le premier venu et avant le moment où l'utilité de la revaccination ne fût établie. Avançons d'un degré et nous allons voir surgir des révélations nouvelles.

2° Le tableau II *(voy. tab. II)* montre que, sous l'empire de la vaccination *facultative*, en Irlande — de 1842 à 1860 inclus — la mortalité variolique est déjà descendue à **1972** décès en moyenne par an; mais qu'un nouveau progrès est réalisé immédiatement après l'institution de la vaccination *obligatoire;* de 1864 à 1873, la mortalité tombe à une moyenne annuelle de **583.**

Pour ceux qui voudront suivre pas à pas la marche de la variole, en Suède, de 1774 à 1801 (période prévaccinale), puis de 1802 à 1816 (période à vaccination facultative), enfin de 1817 à 1877 (période à vaccination obligatoire), nous renvoyons au tableau III. *(Voy. tab. III.)*

Si l'on décompose ce tableau, on arrive au résultat ci-après :

Periode prévaccinale (de 1774 à 1801), décès annuels, moyenne par million d'habitants **1973**

Vaccination facultative (de 1802 à 1816), décès annuels, moyenne par million d'habitants **179**

Vaccination obligatoire (de 1817 à 1877), décès annuels, moyenne par million d'habitants **189**

AINSI, VOICI UN PAYS OÙ LA VACCINE ÉTAIT FACULTATIVE, ET OÙ LA MORTALITÉ TOMBE DE **479** A **189** DU MOMENT OÙ ELLE DEVIENT OBLIGATOIRE.

Poursuivons notre démonstration :

3° La variole a cessé d'être une maladie de l'enfance partout où la vaccination obligatoire est appliquée d'une manière satisfaisante. Elle n'exerce d'influence sur la mortalité que pour les enfants au-dessous d'un an non encore vaccinés et pour les personnes qui ont perdu avec l'âge leur immunité première.

Nous prendrons pour point de départ les chiffres de mortalité variolique chez les enfants de moins de cinq ans, dans les pays où il est imposé aux parents de faire vacciner leurs enfants avant leur entrée dans la sixième année.

Évidemment, dans les pays où peu d'enfants échappent à la vaccination dans le premier âge, ainsi qu'il en est dans ceux où la vaccine est obligatoire, pendant les années où elle est sûrement préservatrice, la préservation doit se remarquer dans des proportions considérables. Les tableaux 4, 5, 6 et 7 *(voy. tab. IV, V, VI, VII)* fournissent cette démonstration d'une façon irréfragable.

Là où, comme en Écosse, par exemple, les enfants doivent être vaccinés dans les trois mois de la naissance, la différence avec les autres pays est bien plus sensible encore : ainsi, alors qu'en 1871-72, dans les huit villes principales de l'Écosse où cela a lieu, la mortalité variolique par million d'habitants a été, parmi les enfants en dessous de 5 ans, de **514**, elle s'est élevée, en 1870-1871, dans les huit principales villes de la Hollande, où la vaccine n'est pas obligatoire, à **6,122** décès, parmi les enfants de la

même catégorie et sur le même million d'habitants.

4° Enfin, veut-on une démonstration de plus? On la trouvera dans les tableaux 8, 9, 10 et 11. *(Voy. tab. VIII, IX, X, XI.)*

Les chiffres les plus considérables que nous possédions sont ceux qui servent de base à la statistique de la mortalité variolique de Genève, de 1580-1760. Voici, suivant l'âge, les résultats qu'ils donnent :

	Décès de la variole.	Sur 1000 décès on en compte.
De 0 — 5 ans	5467	805,0
» 5 — 10 »	1058	155,75
» 10 — 15 »	126	18,5
» 15 — 20 »	54	8,0
» 20 — 25 »	39	5,75
» 25 — 30 »	31	4,5
Au-dessus de 30 »	17	2,5
Total :	6792	1000

Ainsi, 2 p. c. seulement de tous les décès se rapportent à des personnes ayant dépassé leur 15e année. La variole étant au moins aussi dangereuse pour les adultes, la minime proportion de décès qu'ils présentent ne peut avoir d'autre cause que l'immunité presque absolue des personnes variolées dans leur jeunesse.

De ce qui précède, il découle, ce qui devait être, que dans les pays où la vaccine n'est pas obligatoire avant l'âge de 2 à 10 ans, la variole reste une maladie de l'enfance, et qu'elle cesse de l'être dans ceux où les enfants doivent être vaccinés avant l'âge de 3 à 6 mois. On y apprend encore ce que la mortalité variolique est devenue chez l'enfant depuis l'introduction de la vaccine.

Disons, pour terminer, que le *taux annuel moyen* de la mortalité variolique s'élevait, en Angleterre, pendant le siècle précédent, à **3,000** décès pour une population d'un million d'habitants. Or, la dernière épidémie (1871-1872), la plus intense du siècle actuel, n'a fourni qu'une mortalité de **1,824** en 1871, et de **833** en 1872, sur un million d'habitants. Et ces années ont été exceptionnellement terribles.

Antérieurement à la découverte de la vaccine, Londres payait à la variole un tribut de **4** à **500** décès sur an, sur une moyenne de 100,000 âmes. En 1871, le chiffre des décès a été de **243**, et en 1872 de **54** décès par le même chiffre de population. Et l'épidémie a été d'une rare intensité.

Nous croyons inutile de multiplier ces exemples, renvoyant pour de plus amples détails aux ouvrages publiés récemment, en Angleterre, par M. E. Hart (1), suivant des documents officiels; en Suisse, par M. le dr Lotz (2) et à un excellent travail, récemment publié par M. A.-J. Martin, de Paris (3), sur la vaccination obligatoire, ouvrages auxquels nous avons emprunté la plupart des renseignements ci-dessus.

6. Une dernière donnée nous intéresse plus que les autres: elle regarde notre pays.

La mortalité, en Belgique, du chef de la variole, a été calculée d'après les chiffres de la population, officiellement

(1) *The Truth about Vaccination*, etc. London, Smith, Elder et Ce, 1880.

(2) *Rapport sur la question de la vaccination*, présenté au Conseil fédéral suisse. Genève, Benno-Schwabe, 1880.

(3) *La vaccination obligatoire*. Revue scientifique de la France et de l'étranger. 1er janvier 1881.

établis par le gouvernement dans ses annuaires statistiques. Elle a été, pendant les quinze années qui se sont écoulées, de 1864 à 1878, savoir :

Décès varioliques pour un million d'habitants,	en 1664.	500
» »	en 1865.	1,165
» »	en 1866.	212
» »	en 1867.	111
» »	en 1866.	169
» »	en 1869.	328
» »	en 1870.	817
» »	en 1871.	4,170
» »	en 1872.	1,682
» »	en 1873.	333
» »	en 1874.	369
» »	en 1875.	313
» »	en 1876.	271
» »	en 1877.	674
» »	en 1878.	683
		11,997

Moyenne par année, chiffres ronds (12000/15) = 800

Or, la Belgique perdant, en moyenne, 800 sujets par an, du chef de la variole, pour 1 million d'habitants, et sa population étant actuellement de 5 millions et demi, la mortalité totale annuelle de ce chef pour tout le pays doit être actuellement de 4,400

Nous venons de voir qu'en Suède le chiffre de la mortalité, qui était de 419 par million d'habitants sous l'empire de la vaccination facultative, était tombé à 189 sous celle de la vaccination obligatoire. En admettant, ce qui ne doit pouvoir se discuter, qu'une même décroissance proportionnelle de la mortalité variolique eût été la conséquence, en Belgique, de la même obligation, on arriverait à ce résultat: qu'au lieu de **66,000** décès en 15 ans, le pays n'en eût

essuyé que **26,000**. Économie pour 15 années, **40,000**; soit par année **2666**.

On peut conclure de ce qui précède que, du jour où la Belgique sera en possession de la vaccination obligatoire, ELLE PERDRA EN MOINS, CHAQUE ANNÉE, **2666** CITOYENS du chef de la variole.

On voit ce que coûte au pays chacune des années que le Gouvernement passe à se recueillir.

7. On a allégué que tous ces chiffres étaient sans signification ; que la retraite brusque de la variole au commencement de ce siècle, était simplement le résultat d'une coïncidence, et l'on nous a montré la variole disparaissant depuis le VI^e^ jusqu'au IX^e^ siècle, sans qu'il y eût aucun préservatif quelconque propre à justifier cette éclipse. Mais l'on oublie que, depuis le commencement du siècle présent, la variole n'a jamais disparu, qu'il y en a toujours eu des épidémies dans quelque point de l'Europe, pour ne parler que d'elle, et que *partout* elle a toujours manifesté la même énergie à l'égard des sujets non vaccinés. Or, la vaccine n'a jamais eu la prétention d'avoir affaibli la puissance du germe variolique ; ce germe est ce qu'il a toujours été, seulement il est sans action sur les *individus* qui ont déjà subi une occupation, variolique ou vaccinale, plus ou moins récente. La vaccine ne détruit pas la variole, elle l'empêche de pousser des racines là où l'on n'entend pas qu'on les conduise.

On a contesté l'exactitude, d'aucuns ont dit la sincérité, des statistiques *fantaisistes* dressées par les vaccinateurs. C'est une échappatoire et rien de plus. Qui donc persuadera-t-on que tout le monde, statisticiens, États, investigateurs officiels et autres, s'est entendu pour tronquer, fal-

sifier les documents sur lesquels ils se sont appuyés? Personne, n'est-ce pas? Est-ce donc de les mal interpréter qu'on doit les accuser? Mais n'avons-nous pas vu que, de quelque façon qu'on envisage, qu'on retourne les résultats acquis, ils tiennent toujours le même langage.

Il serait à désirer que chacun usât d'une égale loyauté dans les procédés. Mais plus d'un de ces amis de l'humanité, qu'on voit à l'œuvre en ce moment, ne sont que de faux pasteurs, sans science et sans sincérité, violentant des fragments de statistique dont ils croient pouvoir tirer parti, se les repassant à qui mieux mieux, et qui tournent à leur confusion chaque fois qu'on les soumet à un contrôle sérieux.

En veut-on un exemple? Au grand congrès médical international qui s'est tenu à Vienne en 1873, le premier orateur inscrit pour la question de vaccine, le dr Reitz (de Saint-Pétersbourg), adversaire de la vaccination, apportait à la tribune les résultats des statistiques du dr Müller, de Berlin, favorables, par les chiffres groupés, à son opinion. Malheureusement pour l'orateur et pour sa cause, M. Müller était présent. « Vous oubliez, s'écria-t-il, que j'ai dit expressément, dans la publication à laquelle vous venez de recourir, que les données sur la vaccination de ces enfants ne peuvent pas être considérées comme étant l'expression exacte de la vérité. Ainsi, quand un enfant est inscrit sur la liste des varioleux et qu'on demande aux parents s'il a été vacciné, trop souvent ceux-ci, ne voulant pas reconnaître leur négligence, répondent affirmativement, quoique la vaccination n'ait pas eu lieu; ou encore, il se trouve que le vaccin n'avait pas pris, etc. Dans une épidémie récente, j'avais chargé les médecins de Berlin de soumettre tous les

faits se rapportant à la vaccination à un examen rigoureux. Eh bien! je puis assurer, pièces en mains, que, pendant toute l'année où cet examen a été poursuivi, on n'a pas rencontré un seul cas de mort causé par la variole, chez un enfant dûment vacciné. »

Et voilà comment l'histoire s'écrit. Et elle s'écrit de la sorte parce que les statistiques dressées en vue de donner satisfaction à des idées préconçues sont toujours entachées de déloyauté, consciente ou inconsciente. On veut démontrer que la vaccination ou la revaccination sont souvent suivies d'accidents. La belle affaire! On bat le rappel et l'on voit arriver à l'envi tous les parents d'enfants goîtreux, borgnes, bossus, scrofuleux ou bancals, qui, ne voulant pas que leur descendance soit originellement viciée, préfèrent mettre toutes leurs misères sur le compte de la vaccine, heureux encore quand ce n'est pas sur celui du vaccinateur. On veut prouver que beaucoup de variolés figurent parmi les vaccinés, et l'on procède à la façon de M. Reitz, déjà nommé.

Nous n'avons pas trouvé autre chose dans le fourgon de brochures et volumes dont la littérature sur la matière s'est récemment enrichie et qui a été mis dans nos mains. L'Académie n'attend pas de sa commission qu'elle dépouille et analyse ces trésors de sophismes et d'arithmomachie, et c'est vainement que la Ligue nous demande d'attendre qu'elle puisse nous envoyer *toute sa lyre*. Nous en avons assez comme cela.

8. Et puis, d'ailleurs, l'œuvre a déjà été accomplie par d'autres :

« Nous sommes bien éloignés, écrit M. Lotz (*loc. cit.*), de

vouloir contester aux ennemis de la vaccine les progrès, tant pratiques que scientifiques, que leurs démonstrations ont amenés ; mais nous ne pouvons les absoudre entièrement. Leur argument principal repose en effet sur une défiance outrée à l'égard du vaccin, dont ils exagèrent les imperfections et les inconvénients véritables, en les combinant à tort et à travers avec des faits et des chiffres inexacts. M. Kolb, par exemple, qui s'est acquis un certain renom comme statisticien, ne fait point exception à cet égard, quelle que soit d'ailleurs l'autorité scientifique que semble lui accorder le ton calme et modéré qui le distingue avantageusement des auteurs de son parti. Ce fait en rend la lecture d'autant plus dangereuse et nous oblige à mettre le lecteur en garde contre ses conclusions.

» A l'appui de ce qui précède, nous allons citer un exemple remarquable, que l'on ne saurait attribuer à une erreur involontaire et pardonnable, puisqu'il ne s'agit que de chiffres. Ces chiffres n'en ont pas moins été reproduits fréquemment dans les écrits des adversaires de la vaccine.

» Kolb écrit (1) : ..... « Il résulte d'ailleurs des rapports du *Registrar General of Scotland*, de M. Pitt Dundas, qu'en Ecosse, de 1864 à 1873, 899 enfants vaccinés sont morts de la petite vérole avant d'avoir atteint l'âge d'un an. » Or c'est en vain que l'on cherche ces données dans les rapports des années 1873 et suivantes, d'où M. Kolb prétend les avoir tirées.

» Nous y lisons au contraire : « Les cas de mort en suite de petite vérole chez les enfants d'un an et au-dessous et vaccinés selon les règles sont excessivement rares » (2). Et

(1) *Kolb* (2, page 18).
(2) 3. Année 1873, page XLI.

dans le dernier rapport pour l'année 1878, nous lisons encore les lignes suivantes : « Comme le décès en suite de variole d'un enfant vacciné selon les règles est, au moins dans cette partie du monde, un fait excessivement rare, si toutefois il se présente jamais... » (1).

» En Ecosse, de 1864 à 1873, il est mort de la variole 1430 enfants d'un an et au-dessous. Comment M. Kolb a-t-il pu trouver que 899 d'entre eux (soit les 2/3 du nombre total avaient été vaccinés? Comment surtout l'a-t-il trouvé dans ces mêmes rapports, qui considèrent comme très rares les cas de mort provenant de petite vérole chez les enfants au-dessous d'un an et se demandent même si ce fait s'est jamais présenté en Ecosse?

» Il nous paraît de toute importance pour le bien d'un peuple, tant au point de vue sanitaire qu'au point de vue économique, que chacun se fasse une juste idée de la valeur de la vaccine et conséquemment de la vaccination obligatoire, question qui découle nécessairement de la première. Aussi avons-nous cherché à montrer par un exemple avec quelle défiance l'on doit accueillir les chiffres qui paraissent les plus simples, avancés par les adversaires de la vaccine, sans parler du reste de leurs explications médicales et de leurs déductions scientifiques.

» Nous devons entrer ici dans quelques détails à propos d'un mémoire « dédié par M. le professeur Vogt aux autorités fédérales » (2).

» Il est donc indispensable de jeter avant tout un coup d'œil sur ce travail, présenté aux autorités comme un

(1) Année 1878, page 30.
(2) ADOLF VOGT. *Für und wieder die kuhpocken-impfung und den Impfzwang.* Bern, 1879.

guide, et qui fourmille d'erreurs de calcul, de fausses comparaisons et de déductions illogiques :

» Pages 167 à 169, M. Vogt donne la mortalité de la petite vérole à Genève pendant les années 1580 à 1760. L'auteur indique (p. 168) la population moyenne de Genève et le nombre moyen des décès annuels causés par la variole, en les classant d'après leur âge.

» Supposons que ces données soient exactes. Une colonne indique la proportion des décès pour 10,000 habitants. Un premier examen montre que ces derniers chiffres sont faux, que souvent ils sont 2 1/2 fois trop petits et que leur total se trouve même 25 fois inférieur à la réalité. (Voir le tableau ci-dessous.)

Mortalité de la petite vérole à Genève pendant 180 ans (1580 à 1760), avant l'introduction de la vaccine.

Age.	Population moyenne.	Moyenne des cas de mort annuels provenant de petite vérole.	Proportion des morts sur 10,000 habitants :		Rapport de la proportion vraie au nombre de M. *Vogt*.
			d'après *Vogt*.	proportion vraie.	
de 0-5 ans.	1383	30,37	87,6	219,6	2,5
» 5-10 »	1163	5,88	20,2	50,6	2,5
» 10-15 »	1058	0,70	2,6	6,6	2,5
» 15-20 »	1570	0,30	0,8	1,8	2,25
» 20-25 »	1928	0,22	0,5	1,1	2,2
» 25-30 »	1783	0,17	0,4	0,9	2,25
» 30 et plus.	7628	0,09	0,04	0,1	2,5
	16513	37,73	0,9	22,8	25,3

» Il est impossible de voir là de simples fautes d'impression; elles seraient un peu fortes. D'ailleurs, ces mêmes nombres sont reproduits plus loin en gros caractères et ser-

vent de base à une comparaison de la mortalité de la petite vérole dans d'autres villes « après *Jenner*. »

» Voici maintenant quels sont les chiffres corrigés. Sur 10,000 individus âgés de 0 à 5 ans, la petite vérole en enleva à

Paris (1828-1836)	32
Vienne (1863-1868)	64
Stockholm (1864-1866).	66
Chemnitz (1871-1872)	124
Berlin (1871)	160
Budapest (1874-1875)	185
Genève (d'après M. *Vogt*). . . .	88
(1580-80) *proportion vraie* . . .	*219,6*

» C'est du reste une erreur de méthode, à éviter dans toute comparaison sérieuse, que d'y faire entrer des villes où la vaccination n'a été que fort incomplètement appliquée, et cela surtout dans des années d'épidémie. Nous y reviendrons plus bas. Mais, même en l'admettant, et une fois les calculs rectifiés, ces villes ont toutes une mortalité inférieure à la mortalité moyenne de Genève, calculée d'après les 180 années qui ont précédé l'introduction de la vaccine. Ce n'est donc que grâce à de grossières fautes de méthode d'arithmétique que M. Vogt aboutit au résultat suivant (Vogt, p. 169) : « La mortalité variolique chez les enfants au-dessous de 5 ans montre que Genève était, à cette époque reculée, infiniment plus favorisée que plusieurs de nos villes modernes, qui consacrent de grandes sommes pour arriver à ce résultat plus que douteux, et à cet effet imposent au public un tracas sans fin, sinon des dommages réels.

» Voilà donc quelles sont les démonstrations que M. Vogt présente aux autorités de la Confédération Suisse ! Il n'est certes pas étonnant que la défiance naisse à l'égard des

données de son mémoire qui échappent à notre contrôle, nous dirons même qu'elle s'impose à nous. Et combien qui sont dans ce cas! Voyons tout d'abord les tableaux de morbidité et de mortalité. (Comp. Vogt, pag. 171, 175, 181, 182.)

» M. Vogt n'indique pas d'où il a tiré une grande partie des matériaux sur lesquels il se fonde, et cependant l'authenticité de ces matériaux même est la première condition de l'exactitude de toute conclusion qui en découle.

» Supposons toutefois que tous les chiffres de ces tableaux relatifs aux vaccinés et non vaccinés, aux cas de petite vérole et aux décès, soient dignes de foi. Comment est-il possible de calculer, pour les différentes classes d'âge et pour les vaccinés et les non vaccinés, la morbidité, c'est-à-dire le rapport des cas de petite vérole au nombre d'habitants, et la « mortalité », soit le rapport des décès au nombre des habitants, alors que personne ne sait, pas même M. Vogt, combien les villes de Berlin, Vienne, Leipzig, etc., contiennent d'individus vaccinés et non vaccinés d'âges différents. Ces chiffres sont donc fort douteux et ne peuvent reposer que sur des suppositions arbitraires.

» D'ailleurs, dès que l'on peut recourir aux sources, l'on rencontre d'étranges erreurs ; il en est ainsi dans les tableaux des cas de petite vérole observés à Berlin et en Angleterre (pag. 180-181). Les premiers s'appuient sur le rapport de *M. Müller*, de Berlin (1), qui indique 3,552 décès de petite vérole en 1871, tandis que, ainsi que l'a prouvé *Guttstadt* (2), le chiffre en est de 5,086.

» Ces données sont donc tout à fait insuffisantes, ce que M. Vogt paraît ignorer complètement, à en juger par

(1) Page 316.
(2) Page 116.

l'apologie qu'il fait de l'authenticité de ces preuves.

» Pour ce qui est de l'Angleterre, les « *Annual Reports* » des années 1872, 1873 et 1874 indiquent les décès en tenant compte du nombre des vaccinés et des non vaccinés; mais les cas où ces renseignements sont précis forment tout au plus un tiers des totaux indiqués pag. 146 et 147, ainsi qu'il résulte du tableau suivant.

Décès provenant de petite vérole en Angleterre dans les années 1872, 1873 et 1874.

	Vaccinés.	Non vaccinés.	Nombre des décès pour lesquels l'état de vaccine est connu.	Somme totale des décès de petite vérole.
De 0-1 ans.	127	1028	1155	3296
» 1-2 »	65	318	383	944
» 2-3 »	69	261	330	875
» 3-4 »	86	226	312	842
» 4-5 »	113	241	354	931
» 0-5 »	460	2074	2534	6888
» 5-10 »	331	835	1166	3679
» 10-15 »	186	281	467	1538
De 0-15 ans	977	3190	4167	12105

» Les cas où l'état de vaccination est connu (ou du moins est sensé l'être) forment d'ailleurs, pour les différentes classes d'âge, des fractions variables de la somme totale des décès au-dessous d'un an, 35 p. c.; de 1 an à 2 ans, 40 p. c.; de 5 à 10 ans, 32 p. c. seulement.

» Alors même que le chiffre des personnes vaccinées d'un certain âge serait connu, l'on ne pourrait arriver à des résultats certains; mais il est inconnu, pour les différents âges, à Berlin aussi bien qu'en Angleterre. Le procédé par lequel M. Vogt a pu obtenir ses chiffres nous paraît dès lors fort énigmatique. »

9. Eh bien ! quand des auteurs comme M. Kolb et M. *Adolf* Vogt font subir aux chiffres de semblables tortures, que doit-on attendre des autres? M. Bertillon l'a dit, il y a vingt-cinq ans, dans un travail auquel nous renvoyons (1). C'est à cet auteur, d'une si haute compétence, que sont dues les paroles suivantes : « De quelque manière qu'on interprète les documents anciens et nouveaux de la statistique, à la condition de n'abdiquer ni les lois de la logique, ni celles de la science, on arrive à des conclusions écrasantes pour les adversaires de la vaccine en particulier, et en général pour les contempteurs obstinés du progrès. Car ce n'est pas par l'examen d'un ou deux documents individuels, c'est par l'accord unanime de tous les documents, qu'il est démontré que, depuis le siècle passé, depuis l'époque qui a précédé immédiatement notre grande Révolution, la mortalité s'est considérablement atténuée à toutes les périodes de la vie; que, particulièrement de vingt à trente ans, âge auquel, d'après les anti-vaccinateurs, la variole, d'abord vaincue, exercerait sournoisement de mortelles représailles, le danger de mort a diminué d'environ un quart. Aujourd'hui, 1,000 citoyens, de vingt à trente ans, ne fournissent que 10 à 11 décès, tandis qu'autrefois le même nombre de sujets en donnait au moins 13 à 14. Et les autres âges sont beaucoup plus favorisés que celui-ci.

» Enfin, bien que, pour l'armée et la ville de Paris, les documents soient insuffisants pour mesurer avec exactitude, même depuis 1820, la diminution de mortalité, ils suffisent pour affirmer qu'il n'y a eu nulle aggravation; tan-

(1) *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine.* (*Union médicale* de Paris, 1855, nº 102 et 108.). — *La vaccine et ses accusateurs.* Réponse à une lettre de M. Carnot. (*Id.* nº 146.)

dis qu'au contraire des considérations puissantes démontrent pour Paris une tendance manifeste, dans un si court espace de temps, à la diminution des chances de mort, bien que le regrettable silence de la municipalité ne nous permette pas de dégager complètement cette tendance pour l'apprécier numériquement. Rien, par conséquent, absolument rien qui puisse motiver les excentriques et persévérantes attestations des détracteurs de la vaccine.

» Si nous voulons résumer les causes qui les ont égarés, nous dirons que toutes leurs erreurs ont pour source commune l'ignorance des principes de la statistique et l'inexpérience de la méthode, le manque complet de discussion et de critique, critique d'autant plus indispensable que les documents sont plus imparfaits. A chaque instant, on les voit s'appuyer sur des hypothèses en contradiction formelle avec les conclusions bien connues de célèbres et nombreux travaux. On les voit prendre pour mesure de la mortalité moyenne d'une nation, ici la mortalité allégée des rentiers, ailleurs la mortalité aggravée des soldats. Plus loin, ils confondront la table de survie avec la table de population, et tireront de l'une des conclusions que l'autre seule permettrait.

» N'ayant aucune notion des lois qui régissent les mouvements de population, ils prennent pour une calamité la diminution lente et progressive des naissances, bien que ce mouvement régulier suive la prolongation de la vie humaine et détermine dans la nation la prédominance des âges producteurs. S'ils veulent la survie applicable à une ville, dont la population est la plus mobile, la plus incessamment et profondément remuée dans toutes ses parties, ils se servent d'une méthode qui suppose l'immobilité et

la régularité absolue dans la succession des vivants et des mourants. Ils supposent stationnaire une population incessamment croissante; ils la supposent décroissante suivant les âges, quand elle croît d'un âge à l'autre.

» Il ne leur suffit point de se jouer si audacieusement de la statistique; ils ne respectent pas davantage les simples lois du calcul. Ils raisonnent avec des quantités qui ne sont vraies que relativement à d'autres, comme si elles étaient vraies absolument. Ailleurs, au contraire, quand un rapport seul peut les instruire du danger de mort, ils omettent de s'en informer. Et ce qui est plus étrange encore que tous ces contre-sens, que tous ces défis portés à la science, c'est l'aisance parfaite avec laquelle ils s'y abandonnent, ne paraissant pas se douter que ces matières aient pu être traitées avant eux; c'est sans discussion préalable qu'ils supposent non avenus les célèbres travaux des Malthus, des l'Ivernois, des Benoiston, des Villermé, des Quetelet, en sorte que ce qu'on peut faire de mieux en leur faveur est d'accuser leur instruction pour disculper la légèreté de leurs procédés. »

10. Résumons-nous : l'inoculation du cowpox ou du vaccin humanisé donne, au même titre que la variolation artificielle ou une atteinte de variole, une immunité *temporaire* contre les effets d'une vaccination ou d'une variolation nouvelle. Cette immunité temporaire, personne ne peut la nier : *on chercherait en vain un seul fait de variole acquise par un sujet récemment vacciné avec succès.* Eh bien ! sur quoi s'est fondée la fortune de la méthode de Jenner? Sur une épreuve, qu'on ne peut plus tenter aujourd'hui, et qui alors était journellement mise en pratique. On prenait cent en-

fants, dont on vaccinait cinquante, les cinquante autres restant neufs. On inoculait, à quelque temps de là, la variole légère à toute la fournée, et quand on relevait le résultat que trouvait-on? Chez les cinquante enfants vaccinés, le résultat était négatif; il était positif chez les cinquante autres.

Comment peut-on, dès lors, discuter encore? Voici: il nous en coûterait de traiter nos contradicteurs avec une rigueur que plus d'un d'entre eux sans doute ne mérite pas; il en est, certainement, parmi eux qui sont de bonne foi. Pour que leur religion ait été trompée, il suffit qu'ils se soient trouvés en présence d'une suite de vaccinations, ou mal faites, ou mal renseignées quant à leurs résultats. Que de sujets ne voit-on pas, munis de certificats de vaccine, dont le résultat de l'opération n'a pas été contrôlé, et qui sont portés sur les listes comme ayant été dûment vaccinés? Combien n'y en a-t-il pas, d'autre part, qui ont été, non pas vaccinés, mais *variolés* au moyen de matière anglaise, distribuée comme cowpox, et qui n'était pas autre chose que du pseudo-vaccin fabriqué artificiellement par la transmission de la variole de l'homme à la vache, ainsi que nous le verrons plus loin.

Là est sans doute le point de départ des erreurs commises par ceux de nos adversaires qui sont de bonne foi. Quant aux bachi-bouzougs de la ligue, dont les arguments échappent à toute discussion sérieuse ou seulement courtoise, nous croyons superflu de chercher à les modérer; ils y viendront d'eux-mêmes. « La violence n'a qu'un cours borné, a dit Pascal; la vérité subsiste éternellement. »

11. La Commission n'a pas songé un instant à reprendre

une à une toutes les critiques qui ont été adressées à la vaccine, depuis 80 ans qu'elle est la tête de Turc des vaccinophobes. Des publications récentes en ont fait justice et nous nous faisons un devoir d'y renvoyer (1). Elle ne fera non plus que toucher légèrement les deux thèses imaginées, l'une par M. Carnot, l'autre par M. Verdé-Delisle, ne voulant par rééditer le débat dont elles ont été l'objet, dans cette même enceinte, il y a tantôt 25 ans, et dont le souvenir n'est pas encore effacé (2).

Pour M. Carnot, l'immunité créée par la vaccine se résumerait en ceci, qu'elle préserverait de la mort deux fois plus d'individus *mineurs* que la variole n'en fait périr, mais que la préservation effective qu'elle procure cesserait vers l'âge de dix ans, et que, de dix à vingt, la mortalité augmenterait; qu'au résumé, la vaccine déplacerait la variole et voilà tout! *Elle n'a fait surgir, selon M. Carnot, aucune maladie nouvelle.*

M. Verdé-Delisle part d'une autre base et arrive à une conclusion opposée. Pour lui, *la petite vérole est une crise salutaire indispensable, par laquelle la nature expulse des principes malsains originels qui, lorsqu'ils sont maintenus dans l'organisme, deviennent plus tard le principe des plus terribles maladies pouvant affliger l'espèce humaine.* Il faut donc laisser faire la variole, de peur que la « *matière variolique* » ne demeure aux prises avec l'organisme tout entier; cette matière n'est autre que « la lymphe viciée, offrant » exactement tous les caractères physiques et chimiques » reconnus à la matière *strumeuse*, à la matière *cancéreuse*

(1) *Voy.* note, p. 52.

(2) Voyez : *Bulletin de l'Académie*, 1856-1857, 1re série, t. XVI. Rapport de M. MARINUS, p. 410; discours de M. CROCQ, p. 615; discours de VERHEYEN, p. 648.

» et à la matière *tuberculeuse*, matières qui ont une origine » unique et une seule voie d'élimination : la variole. » Or, la vaccine en empêchant cette élimination, aurait, d'après l'auteur, amené la dégénérescence physique et morale de l'homme. Pour lui, la fièvre typhoïde ne serait qu'une *variole retournée*; l'angine gangréneuse, l'angine couenneuse, le croup, les tubercules, la phtisie pulmonaire seraient, de même, une conséquence du vaccin. Que de maladies la variole... rentrée ne fait-elle pas surgir, alors que, pour M. Carnot, au contraire, elle n'en fait surgir aucune!

Voilà donc déjà deux des adversaires de la vaccination qui se neutralisent l'un l'autre et que nous pourrions renvoyer dos à dos; mais en voici venir un troisième qui va leur donner le coup de grâce : « Les partisans de l'une » et ceux de l'autre doctrine, dit-il, se sont évertués beau- » coup pour faire triompher leurs idées, mais ils n'ont rien » prouvé, rien démontré. Ils n'ont convaincu personne, » parce que, pris dans les termes qu'ils avaient adoptés, le » problème est insoluble (1). »

M. Bertillon, en 1855, Marinus, Verheyen, M. Crocq, en 1863, M. Lotz, en 1880, ont dit tout ce qu'il y avait à dire des statistiques de Carnot et des idées de Verdé-Delisle sur les germes innés, et il n'y a pas à y revenir. On nous permettra cependant d'ajouter quelques mots à cette exécution. Non, la Providence, qui a bien un peu de bon, quoi qu'on en puisse dire, n'a pas pénétré l'homme, en le créant, de principes malsains, pour le seul plaisir de l'obliger à les expulser. En matière de maladies transmissibles, l'ennemi n'est pas dans la place, il est au dehors et c'est de là qu'il l'attaque. Le mettre dans l'impossibilité d'y exister, voilà la

(1) Boëns. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1879, p. 931.

vraie, la seule prophylaxie. Pour nous, et contrairement à ceux qui affirment qu'il n'y a pas de virus immuables ni de virus remontant aux âges préhistoriques, il nous paraît absolument vraisemblable que le virus des maladies transmissibles, variole, syphilis, scarlatine, rougeole, qu'il soit germe, ferment ou microbe, remonte à la création, aussi bien que le palmier, que la baleine ou que l'éléphant. Les germes des maladies transmissibles existent dans la nature. C'est à l'homme à se défendre de leurs atteintes, comme il a à repousser celles des fauves, des moustiques et des animaux parasites. Mais quant à admettre que chacun d'eux soit préventivement représenté dans le corps humain, n'attendant que l'occasion d'en être expulsé dans une crise solennelle, c'est une hypothèse qui a fait son temps, et qu'on cherchera vainement à faire revivre. La nature a donné à l'homme l'intelligence et des armes pour se défendre. Il s'en est servi, en matière de variole, pour se rendre invulnérable par la vaccine, et l'on peut dire qu'il en a bien usé. Les anti-vaccinateurs voudraient le désarmer, il ne les laissera pas faire.

12. Ces préliminaires posés et le terrain déblayé de la sorte, il nous reste à examiner certaines questions, relativement nouvelles, autour desquelles il se fait quelque bruit en ce moment. Ce sont les suivantes :

I

Les mesures et les moyens indiqués par l'hygiène, tant publique que privée, sont-elles de nature à pouvoir préserver l'humanité de la petite vérole?

II

La croyance au danger de vacciner en temps d'épidémie de variole est-elle justifiée? En d'autres termes, peut-on récolter la variole en semant la vaccine?

III

La vaccination est-elle toujours une opération inoffensive? Si elle présente des inconvénients ou des dangers, peut-on toujours s'en mettre à l'abri?

IV

La vaccination et la revaccination doivent-elles être rendues obligatoires?

I

LES MESURES ET LES MOYENS INDIQUÉS PAR L'HYGIÈNE, TANT PUBLIQUE QUE PRIVÉE, SONT-ILS DE NATURE A POUVOIR PRÉSERVER L'HUMANITÉ DE LA PETITE VÉROLE ?

13. Cette prétention a été exprimée au Congrès médical international d'Amsterdam (1879) sous la forme que voici :

« 1. La réceptivité individuelle des classes nécessiteuses » doit être diminuée par l'amélioration des conditions gé- » nérales de leur existence.

» 2. La vaccination ne doit être recommandée que tant » que des mesures énergiques contre la transmission des » maladies virulentes ne sont pas encore décrétées par les » gouvernements. »

La première de ces propositions est au-dessus de toute discussion : vaccinateurs et anti-vaccinateurs se donnent la main pour solliciter l'amélioration des conditions générales de l'existence de tous.

Quant à la seconde, qui implique l'idée que tous les gouvernements pourraient en arriver à s'entendre pour édicter, contre la transmission des maladies virulentes, des mesures telles que la vaccination en devînt inutile, elle ne constitue qu'une généreuse utopie. De quoi s'agirait-il, en effet? D'amener tous les États, amis et ennemis, à réaliser un jour, dans un accord parfait, l'idéal de l'hygiène publique, de telle façon qu'un pays qui en arriverait à cet idéal ne fût pas menacé par l'importation de la part de pays voisins moins bien avisés. Il y a là, l'on en conviendra, un aléa qui promet encore à la vaccine un long et paisible avenir; l'heure de l'harmonie universelle, pas plus en matière d'hygiène qu'en aucune autre, n'est encore près de sonner. Aussi, tout en unissant nos vœux à ceux de l'honorable hygiéniste d'Amsterdam, nous garderons-nous de désarmer et donnerons-nous à sa proposition, sans nous mettre en désaccord avec elle, son sens pratique *actuel* en la formulant comme suit : « Vaccinons et revaccinons jusqu'à ce que la séquestration des variolés — dans le monde entier — ait été réalisée par des mesures telles que la vaccination en soit devenue inutile. » Nos arrière-petits-neveux verront après ce qui leur restera à faire.

Une maladie fût-elle essentiellement parasitaire, il ne s'en suit pas qu'on puisse en empêcher l'éclosion dans des conditions très voisines de la spontanéité. Cela étant, quelque minutieuses que soient les mesures qu'on voudrait prendre pour empêcher les germes de se propager, on ne les détruira ni ne les dispersera jamais au point de prévenir l'apparition de cas isolés ni la production de foyers devant résulter de chacun d'eux. Et si cela est, comment les édits de police, les cordons sanitaires les plus sévères

empêcheraient-ils les effluves morbigènes de s'en échapper, et d'être d'autant plus offensives qu'elles viendraient atteindre des organismes que l'absence du moyen prophylactique par excellence, la vaccine, aurait laissés sans défense. Avons-nous besoin d'ajouter que, si l'abandon de la vaccine devait précéder l'application des mesures demandées, le moyen proposé constituerait, à lui seul, un effroyable danger, car il laisserait les populations désarmées, au jour où l'une de ces influences épidémiques, dont la puissance ne se peut calculer et qui jusqu'ici n'a pas reconnu de barrière, viendrait à fondre sur elles. S'en fier à des mesures de police, ce serait, nous paraît-il, faire comme ces peuples qui, oublieux de ce grand principe : « *Si vis pacem para bellum* » s'en remettraient, du soin de leur garde, à la foi des traités, sans remparts de défense et sans armée pour repousser les aggressions. Avons-nous besoin d'ajouter que les prescriptions de police destinées à procurer l'isolement complet des variolés seraient mille fois plus vexatoires, plus contraires à la liberté individuelle, que la vaccine obligatoire, à laquelle on reproche d'y être si brutalement attentatoire?

L'histoire est là d'ailleurs pour démontrer à quel point l'hygiène est impuissante par elle-même à lutter contre les maladies parasitaires.

L'Académie a inséré, cette année même, dans son Bulletin (1), deux mémoires où cette question est magistralement traitée. L'un d'eux établit que, dans une épidémie récente, celle de Gohyssart, la variole a semblé se complaire à renverser l'ordre ordinaire des choses et à mettre toutes les prévisions plausibles sens dessus dessous. « Nous l'avons

(1) *Variole et vaccine* : HERPAIN, 1880, p. 176; DEFFERNEZ, *id.*, p. 193.

vue, nous dit M. Deffernez, s'installer au bois de la Coupe, en pleine campagne, dans des habitations neuves pour la plupart, évitant le centre, qui est à deux pas, pour atteindre *Saint-Roch*, la section la plus saine et la plus élevée de Jumet. Le Sarty, la Quairelle, l'Agace et les Fonds, complètement décimés par le choléra de 1866, couvant sans cesse les fièvres éruptives, typhoïdes et paludéennes, ont été à peine effleurés par la variole. En somme, le nombre des décès s'y est partagé inégalement, en donnant une majorité à la classe la plus aisée » (1).

Et M. Deffernez ajoute : « Cette idée de proscrire la vac-
» cine est toute une révolution, dont le péril, en réalité, n'est
» ni pour Jenner, ni pour sa gloire, mais bien pour la peau
» des adeptes qui auraient à payer de leur vie le prix de
» leur imprudence. Une conception aussi audacieuse que
» celle de laisser à l'hygiène seule le soin de parer aux
» affreux dégâts de la variole émeut profondément tous
» ceux qui, depuis de longues années, ont constaté, des
» milliers de fois, les avantages du moyen prophylactique
» destiné à y être opposé. »

Après avoir rappelé, encore une fois, que la variole pénètre aussi bien dans les palais des rois que dans la cabane du pauvre, et montré ainsi, pièces en mains, l'insuffisance des seules précautions dictées par l'hygiène, nous ferons remarquer que la variole semble se ranger, par ce fait seul, dans la grande classe des maladies parasitaires. La gale ne défie-t-elle pas toutes les mesures hygiéniques? Et Napoléon, encore bien qu'il eût vaincu l'Europe, n'a-t-il pas été envahi à trois reprises par ses acares microscopiques, une fois entre autres, la première, dit-on, pour avoir saisi le refou-

(1) *Loc. cit.*, p. 209.

loir d'un canonnier tué devant lui au siège de Toulon? Le fait est attesté par le quatrain suivant, inspiré à un solliciteur qui, pour toute satisfaction, n'avait reçu du grand homme qu'un peu d'eau bénite de cour :

L'empereur m'a donné la main.
— Marque d'estime sans égale; —
« Vous aurez, m'a-t-il dit, quelque chose demain. »
— Le lendemain j'avais la gale. —

Evidemment Napoléon n'aurait pas pris la gale ni ne l'aurait dispensée si gracieusement à ses favoris, si le vaccin du dégoûtant sarcopte avait existé.

Nous repoussons jusqu'à l'idée de la substitution d'une hygiène chauffée à blanc à la pratique de la vaccination. Vous dites excellemment, répondrons-nous à l'honorable hygiéniste néerlandais, que la réceptivité individuelle des classes peu favorisées doit être diminuée par l'amélioration des conditions générales de leur existence — et nous ne pouvons que nous unir à vous encore bien que nous sachions que, dans l'espèce, les conditions sanitaires les plus détestables soient impuissantes à créer la variole sans l'intervention du contage qui lui est propre, — mais nous ajouterons que la réceptivité aux maladies virulentes doit être éteinte individuellement dans toutes les classes, et, dans le champ de la variole, qui en est l'une des plus terribles expressions, c'est par la vaccination et la revaccination seules qu'on peut arriver aujourd'hui à cette extinction.

Notre conclusion sera donc la suivante :

« *Les mesures et les moyens indiqués par l'hygiène, tant* » *publique que privée, ne sont pas de nature à pouvoir préserver* » *l'humanité de la petite vérole.* »

II

LA CROYANCE AU DANGER DE VACCINER ET DE REVACCINER EN TEMPS D'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE EST-ELLE JUSTIFIÉE? EN D'AUTRES TERMES, PEUT-ON RÉCOLTER LA VARIOLE EN SEMANT LE VACCIN?

14. Cette croyance n'a aucun fondement; c'est un préjugé remontant au temps où se pratiquait la variolation ou inoculation. Quand la variole règne épidémiquement, soit que la constitution médicale imprime à l'organisme humain une plus grande réceptivité à la maladie, soit que le germe infectant soit plus actif, il est d'observation que le développement de celui-ci, dans le corps de l'homme, est plus rapide et plus pénétrant. Qu'un germe, en d'autres temps paresseux ou peu infectant, s'introduise alors dans l'organisme, il y prolifère rapidement et donne lieu souvent, non plus comme en temps ordinaire à une varioloïde ou à une variole discrète et bénigne, mais bien à une variole grave, qui ne tardera pas à s'étendre en foyer. De là le précepte formel de ne pas *inoculer* en temps d'épidémie, précepte qui a été transféré, sans aucune raison valable, débris d'un autre âge, de l'inoculation à la vaccination.

Il faut bien le dire toutefois, pour ceux qui n'examinent pas les choses de près, une certaine illusion est possible : parfois un sujet est pris de la variole dans les premiers jours qui suivent sa vaccination ou sa revaccination. La sentence est bien vite prononcée, c'est la vaccination qui a fait naître la variole. Et l'on néglige de se dire que, dans la foule des individus qui se font vacciner ou revacciner, foule d'autant plus serrée que le danger est plus pressant, il doit inévitablement s'en trouver qui sont déjà en possession du

germe variolique au moment où le vaccin, inséré tardivement, n'a à se reprocher que d'être arrivé trop tard.

C'est un peu par cette même logique que se laissent inspirer ceux qui, constatant que « plus on vaccine et revaccine, plus les épidémies de petite vérole sont longues », ne songent pas à retourner le propos et à dire que « plus les épidémies de variole sont longues, plus on vaccine et l'on revaccine. »

Le préjugé n'en existe et n'en persite pas moins; les gens du monde se le passent et le repassent, et il se trouve des écrivains médicaux pour le soutenir et le relever, même au moment où l'on devrait le croire près de disparaître. Pour eux, la vaccine peut donner lieu à la variole. Cette prétention est fausse de tous points et nous allons le démontrer.

Il existe deux maladies distinctes et parfaitement connues aujourd'hui, quoi qu'on en puisse dire : la variole des animaux et la variole des gens. La première s'appelle *vaccine* (horse-pox ou cow-pox, selon qu'elle se rencontre chez le cheval ou chez la vache); la seconde se nomme *variole* ou petite vérole.

Les recherches récentes ont établi que LE VACCIN doit ses propriétés à un germe actif, s'attaquant aux chevaux et aux animaux de l'espèce bovine, et y produisant, par voie d'absorption générale (horse-pox ou cow-pox dits *spontanés*), une maladie offrant des caractères parfaitement déterminés.

On semble douter que le cow-pox puisse naître par infection générale, et l'on préfère attribuer les cas dits *spontanés* au transport direct, aux plaies des jambes des chevaux ou au pis des vaches, du virus variolique des mains des ouvriers ou des ouvrières de ferme. Mais depuis quatre-vingts ans que cette supposition court les livres, depuis les

milliers de cas de horse-pox ou de cow-pox dits *spontanés* découverts de par le monde, où a-t-on jamais pris, en flagrant délit, cette main variolée ? On en est encore à la découvrir et cependant les enquêtes n'ont pas manqué.

L'éruption qui se présente dans le horse-pox ou le cow-pox fournit un produit qui s'inocule spécialement au cheval, à la vache et à l'homme, et fournit à son tour un produit également transmissible ; mais, ce qui caractérise ce dernier, c'est qu'il ne se communique pas à l'homme par voie d'absorption générale. On a vu le cow-pox régner épidémiquement dans les fermes. A-t-on jamais vu la maladie s'y communiquer à l'homme par infection miasmatique et y donner lieu à une éruption fébrile généralisée? Jamais.

Pour la VARIOLE HUMAINE, c'est le contraire ; elle se transmet d'homme à homme par voie d'infection générale, mais jamais de cette façon d'homme à animal. Elle s'inocule au cheval et à la vache — et aussi à quelques autres animaux — par voie d'inoculation, mais point par une autre. On a vu la variole sévir épidémiquement avec la dernière rigueur dans des lieux occupés par des troupeaux nombreux. Où les a-t-on vu prendre la maladie par voie d'infection générale, c'est-à-dire participer à l'épidémie? Nulle part.

Est-il permis d'inférer de là qu'il y a deux virus distincts, celui de la variole des bêtes et celui de la variole des gens? Bien que les microbes signalés dans ces dernières années, dans l'une et dans l'autre, soient absolument semblables dans leurs propriétés morphologiques, on voudra bien nous accorder sans doute que les vaisemblances sont en faveur de cette supposition. Poursuivons :

Soit qu'on l'inocule à l'homme ou aux animaux précités, le vaccin donne lieu à une pustule toujours semblable à elle-

même, et ressemblant également de très près à la pustule de la variole obtenue, *chez l'homme*, par voie d'inoculation variolique. Cette pustule, au contraire, diffère essentiellement de celle qui s'obtient *chez la vache* par la variolation. Cette dernière se réduit à une petite papule rouge, ayant de 2 à 4 mm. de diamètre, peu saillante, légèrement conique, non ombiliquée, et présentant au sommet du cône la trace de la piqûre d'insertion. Elle commence à se développer le deuxième jour et arrive, après cinq jours, aux dimensions que nous venons de dire. Le douzième jour, elle a ordinairement disparu après avoir fourni, au point piqué, une toute petite croûte noirâtre.

Veut-on transmettre l'éruption ainsi obtenue à une autre génisse, cette transmission échoue le plus souvent, bien différente de l'éruption vaccinale qui, elle, est indéfiniment transmissible aux animaux de la même espèce. Veut-on, au contraire, la transmettre à l'enfant, oh! alors la scène change; des pustules se manifestent régulièrement aux points piqués, et ces pustules, quoique de nature essentiellement variolique, ressemblent à s'y m'éprendre aux pustules vaccinales. Seulement, quand on les inocule, ce n'est pas de la vaccination, c'est de la variolation qu'on pratique, avec toutes ses conséquences, tantôt bénignes, tantôt graves, suivant le terrain et suivant la constitution médicale régnante.

Et ici le doute n'est plus permis : les enfants qu'on inocule avec ce produit offrent invariablement des boutons ressemblant de tous points à ceux du vaccin, et procurant une éruption semblable aux enfants sur lesquels on le reporte; mais, si l'on transporte à nouveau le virus sur la génisse, on n'y voit plus se développer que la papule insi-

gnifiante que nous avons décrite plus haut, comme pathognomonique de la variole humaine transmise à la vache. La génisse est ainsi la pierre de touche de la vaccine ; celle-ci s'y perpétue, la variole humaine s'y éteint.

Et chez l'enfant ? Eh bien ! l'épreuve y est encore bien autrement décisive. La pustulation produite est très analogue à l'éruption vaccinale, mais cette pustulation se conduit à la façon de celle procurée par la variolation artificielle ; un certain nombre de sujets présentent une affection variolique généralisée.

Écoutons, à ce sujet, l'auteur du rapport de la Commission lyonnaise, M. Chauveau (1) :

« *Le 14 mars dernier*, on enlève plusieurs papules sur » une vache variolée, et la très petite quantité de sérosité » qu'on en extrait par raclage sert à inoculer un enfant de » 3 mois, non encore vacciné.

» *Le 17 mars*, on constate, sur l'une des piqûres, un » bouton, qui se développe les jours suivants en prenant » tous les caractères d'une pustule vaccinale.

» *Le 22*, la pustule est large, blanche, ombiliquée. Tout » autour existe une aréole rougeâtre, très irrégulière à sa » périphérie, et couverte à sa surface de petits boutons » d'apparence vésiculeuse. Les autres piqûres ont échoué.

« Le même jour, on ouvre la pustule pour en retirer de la » sérosité virulente ; il s'en écoule à peine une gouttelette ; » on l'inocule au bras d'un deuxième enfant.

» *Le 23 mars*, l'enfant présente bien manifestement de la » fièvre. Il y a deux jours qu'il dort mal. Il tette peu et

(1) VACCINE ET VARIOLE, nouvelle étude sur la question de l'identité de ces deux affections. (*Gazette hebdomadaire*, 1865, pp. 337, 347, 353, 386, 401, 418.

» vomit souvent. On l'examine alors avec soin et l'on con-
» state la présence de petits boutons *sur la face et sur le*
» *tronc*.

» *Le* 24, tous ces boutons représentent de fort belles pus-
» tules varioliques, la plupart ombiliquées.

» *Le* 1er *avril*, les pustules sont en pleine dessiccation. »

Pour qui a étudié l'histoire de la variolation artificielle, observée des centaines de fois dans l'espèce humaine, ceci en est bien un cas. Et s'il pouvait y avoir quelque doute à cet égard, la suite du récit le ferait disparaître.

Elle porte sur l'enfant inoculée de bras à bras, le 22 mars, avec le virus de la pustule primitive du sujet précédent : le 29 *mars*, cette enfant, âgée de deux ans et demi, à laquelle on avait fait trois piqûres à chaque bras, présente un bouton à chaque point piqué; le développement de ces boutons est complet. Ils ressemblent, à s'y méprendre, à des pustules vaccinales et sont prises comme telles par plusieurs personnes compétentes. Le 30, deux petites vésicules apparaissent autour de l'un des boutons. Le 3 *avril*, quelques pustules de variole (une quinzaine en tout) apparaissent sur la face et d'autres points du corps. L'enfant ne semble pas malade. Cette éruption générale légère disparaît rapidement sans laisser de trace.

Est-ce assez concluant? La peur de créer et d'entretenir un foyer de contagion dans la salle où l'expérience se pratiquait (hôpital de la Charité, à Lyon) empêcha de la pousser plus avant.

Mais on ne s'en tint pas là : des expériences similaires furent faites au moyen du virus variolique humain transmis au cheval, puis avec le virus variolique équin ainsi obtenu. Elles furent entièrement confirmatives des précédentes.

Ainsi, de quelque façon qu'on procède, on voit la variole donner toujours la variole, et la vaccine le vaccin.

Des expériences d'une haute valeur scientifique, que les nôtres ont pleinement confirmées, ont mis ces faits hors de toute contestation. Nous voulons parler spécialement de l'enquête faite à leur sujet, par la même commission lyonnaise, présidée par M. Chauveau, qui en a communiqué les résultats à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 30 mai 1865, et a ainsi fixé la jurisprudence sur la matière (1).

L'enquête lyonnaise a donné le dernier coup à une école dont il n'existe plus que de très rares vestiges en Angleterre, où elle était représentée par Thiele et Ceely; elle enseignait que la variole de l'homme, confiée par inoculation à la vache, était restituée par celle-ci à l'état de vaccin. Cette école professait aussi que, le vaccin manquant, il y avait là un moyen de reconstituer les souches et ce moyen fut plus d'une fois employé. Or, les expérimentateurs anglais, en procédant de la sorte, faisaient simplement de la variolation, et la continuaient, trompés par la ressemblance de l'éruption ainsi produite chez les enfants avec celle de la vaccine.

Les inoculés, disons-le bien vite, n'y perdaient rien, une fois la variolation produite, puisque celle-ci protège au moins aussi bien que la vaccination vraie; mais avons-nous besoin de faire remarquer que semblable pratique était, de tous points, faite pour alimenter la variole par voie de contagion, et ne voit-on pas l'influence qu'elle a pu

(1) La commission se composait de MM. CHAUVEAU, *président*, BONDET, DELORE, DUPUIS, GAILLETON, HORAND, LORTET, *membres*, VIENNOIS, *secrétaire*, P. MEYNET, *secrétaire-adjoint*.

et dû avoir sur la propagation ou l'impatronisation de la maladie, partout où ce pseudo-vaccin était employé, en Angleterre et dans tous les pays qui avaient la naïveté de s'y aller pourvoir de ce produit, qui parfois n'était pas autre chose que du virus variolique.

Tout cela est bien fait pour donner à penser. Et qui nous dit que ceux-là qui ont écrit récemment, dans toute la sincérité de leur âme, nous le voulons croire : « *Ne vaccinez pas beaucoup d'enfants, en même temps, dans le même endroit* », ou : « *Semez le vaccin, vous récolterez la variole* » n'ont pas eux-mêmes fait de la variolation, sans s'en douter, et alimenté ou éternisé ainsi la maladie.

Cette explication est la seule que nous puissions accepter. Qu'on nous montre, en ce pays où les vaccinations se font toujours par fournées nombreuses, un seul cas où elles aient fait naître la variole et nous nous déclarerons vaincus ; mais nous ne craignons pas que ce défi soit relevé. *On ne peut pas plus récolter la variole en semant le vaccin, ni le vaccin en semant la variole, que de l'orge en semant du blé.*

III

La vaccination est-elle toujours une opération inoffensive? Si elle présente des inconvénients ou des dangers, peut-on toujours s'en mettre a l'abri?

15. Quelqu'un a dit : il n'est pas possible de faire à la peau d'un homme une boutonnière, si petite qu'elle soit, sans ouvrir une porte par laquelle la mort peut entrer. La vaccination, en tant qu'opération chirurgicale, n'est dangereuse qu'à ce seul titre, et c'est pour cela sans doute qu'elle est tombée dans le domaine de tous.

Mais il y a autre chose dans l'acte de la vaccination que la piqûre ou la boutonnière faite à la peau, il y a l'introduction sous l'épiderme d'un principe germinatif que l'instrument du vaccinateur y dépose. Ce principe, qu'il soit virus, microbe ou ferment, prolifère promptement sur place, envahit les voies interstitielles attenantes — parfois même il est transporté au loin (pustules supplémentaires) — et provoque dans les tissus, au point où ils sont fixés, une altération nutritive qui aboutit à un ensemble de faits désignés sous le nom d'inflammation. Les vaisseaux altérés laissent transsuder le plasma sanguin, qui soulève les couches cornées superficielles et résistantes, et donne ainsi naissance à une vésicule. Cette vésicule, qui plus tard deviendra pustule, siège dans la couche molle de l'épiderme. L'inflammation occupe également les couches superficielles papillaires du derme; cela dépend d'ailleurs de la profondeur à laquelle le germe a été introduit, de l'intensité d'action dont il jouit, des zônes qu'il a envahies.

Le contenu de la vésicule est de la lymphe, constituée par du plasma sanguin, tenant en suspension de rares globules blancs entraînés, puis les quelques produits de désagrégation des tissus mêmes et enfin les germes introduits et multipliés. Plus tard, les vaisseaux laissent passer plus de globules blancs, la sérosité se trouble et devient laiteuse, purulente. Plus tard encore, la vésicule, devenue pustule, se dessèche et se forme en croûte. Quand l'irritation est assez forte, ce qui est la règle chez les sujets vaccinés pour la première fois, la dénutrition due aux germes proliférés amène la nécrose des tissus au centre du petit foyer, au lieu où ils ont été déposés, d'où un petit bourbillon qui constitue la plaque ombiliquée centrale.

Entre le moment de l'insertion vaccinale et la chute de la croûte par laquelle le bouton se termine, il se passe de trois à quatre semaines. Il y a des germes immédiatement au point de l'insertion, ceux qu'on y a déposés et qui bientôt s'y multiplient.

Au bout de quatre à cinq jours, quelquefois plus tôt, la ruche où ils pullulent fait déjà saillie sous l'épiderme et cette saillie va en augmentant jusque vers le dixième, où la tumeur suppure, puis se ratatine et se dessèche.

La virulence du contenu de la petite tumeur est d'autant plus grande que cette dernière est plus jeune, sans doute parce que le germe est alors à son maximum de vitalité ou parce qu'il se perd dans une moindre quantité de sérosité. C'est donc à tort qu'on l'a accusée de ne produire, jeune, que de faux vaccin ; c'est le contraire qui est vrai. Vers le septième jour, chez l'enfant, la matière vaccinale est assez abondante pour fournir aux services qu'on lui demande, sans que la proportion des principes actifs soit au-dessous du titre voulu pour qu'ils se présentent normalement à la pointe de la lancette du vaccinateur. Après le septième jour, la sérosité est en excès, et il faut une plus grande quantité de matière pour fournir à une bonne vaccination. C'est donc le septième jour ou plutôt le commencement du huitième qu'on choisit de préférence pour prélever le produit des pustules, non, encore une fois, parce qu'il est alors le plus actif, mais parce que c'est le moment le plus rapproché de l'insertion où il peut se récolter facilement et en quantité suffisante.

Chez les animaux de l'espèce bovine, il y a, de la part des boutons produits par l'insertion du vaccin, soit humain, soit bovin, une avance de 48 heures à peu près sur le

moment où la saillie vaccinale se manifeste. A la fin du troisième jour, en temps normal, cette saillie est déjà assez prononcée pour permettre de la saisir entre les mors de pinces expressives et d'en faire sourdre le contenu. Or, ce contenu, et ceci confirme ce que nous venons de dire du vaccin humain, est d'autant plus actif qu'il est plus jeune, et cette propriété peut être utilisée chez la génisse, par l'usage des pinces — procédé malheureusement trop offensif pour être employé chez l'enfant — et permettre ainsi d'avoir à sa disposition du vaccin animal au maximum d'activité.

Il y a donc dans le bouton vaccinal, pendant tout le temps où il évolue, les principes actifs du vaccin, de la lymphe provenant du plasma du sang, des globules blancs et du tissu conjonctif constituant la charpente de la petite tumeur. On sait que le germe vaccinal se propage par inoculation. Mais qu'advient-il de la lymphe qui en est le véhicule? Au point de vue de la propagation de la vaccine, ce point a été fixé par les expériences de M. Chauveau : sépare-t-on soit par filtrage, soit autrement, les granulations actives de la sérosité où elles sont suspendues, celle-ci, inoculée, cesse de produire des boutons de vaccine.

Mais peut-elle produire autre chose? Peut-elle, introduite sous l'épiderme d'un sujet sain, communiquer à celui-ci des affections diathésiques dont serait atteint le sujet auquel on l'a empruntée?

Cette question est d'un puissant intérêt.

16. En fait de transmission de maladies du vaccinifère au vacciné, la syphilis a été de tout temps le cheval de bataille des vaccinophobes. Et là on ne niera point qu'ils ne

soient dans leur droit. Il est impossible de contester, en effet, et votre rapporteur le pourrait moins que personne, après ce qu'il a écrit sur la matière (1) que la lancette du vaccinateur soit qu'il ait mal nettoyé son instrument, ayant précédemment servi à quelqu'autre usage, soit qu'elle ait chargé de la matière syphilitique en même temps que le vaccin d'une pustule mal avoisinée, ne puisse inoculer la syphilis en même temps que la vaccine. Mais il faut pour cela un concours de circonstances qu'un opérateur prudent saura toujours éviter.

Pour pouvoir faire admettre que la matière vaccinale proprement dite peut être mélangée de matière syphilitique, il faudrait avoir démontré que le germe du vaccin et celui de la syphilis peuvent vivre ensemble et faire bon ménage dans un milieu identique. Or, cela n'a pas été démontré et partant ne peut pas être affirmé. Pour que cela fût, il faudrait qu'en mélangeant du pus syphilitique avec du vaccin et en inoculant ce mélange, on pût produire une pustule unique, renfermant les deux virus. Eh bien! ce qu'on obtient dans ce cas, si, ce qui peut arriver, les deux germes se propagent, c'est une pustule vaccinale et un chancre, apparaissant successivement, la première d'abord, l'autre ensuite, et parcourant séparément leurs périodes. Là est le danger pour le vaccinateur inattentif. Mais si, chez un sujet contaminé, le bras du vaccinifère ne porte aucune production syphilitique inoculable, et que la lancette n'emprunte à la pustule que de la lymphe dépourvue de sang, il n'est nullement prouvé que la transmission puisse encore s'accomplir.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 2e série. t. IX, nº 6, 1866.

S'il en était autrement, les cas de syphilis vaccinale se compteraient par milliers. Or, voici ce que nous lisons, à l'instant même, dans un récent travail de M. A.-J. Martin : « L'inoculation de la syphilis, on le sait, est le seul danger vraiment à craindre ; mais, ainsi que l'établit nettement M. le dr Lotz (*loc. cit.*), des pays où la vaccine est obligatoire depuis longtemps, la Suède, le Hanovre, la Hesse, le Nassau, le Wurtemberg, etc., n'ont point présenté d'accidents dus à la syphilis vaccinale ; et il ne faut pas oublier que les 50 cas environ, vraiment authentiques, ayant produit à peu près 750 infections, se répartissent sur beaucoup plus de cent millions de vaccinations faites en Europe depuis quatre-vingts ans (*loc. cit.*).

Cette appréciation, pour optimiste qu'elle nous paraisse, nous révèle néanmoins un fait important : pas de syphilis vaccinale dans les pays où la vaccination est obligatoire et pratiquée exclusivement par des médecins spéciaux. L'auteur ne parle ni de l'Italie, ni de l'Angleterre, ni de la France, où cette pratique, si importante, est livrée aux mains du premier venu. Ce sont eux, évidemment, qui ont fourni les cas cités.

Terminons d'un mot : en ce qui concerne la Belgique, qui doit être l'objet de nos principales préoccupations, le vaccin annimal, qui y est cultivé en permanence, est là pour faire taire toutes les préventions et toutes les inquiétudes en ce qui concerne la transmission de la syphilis.

Et puisque nous en sommes sur ce sujet — et bien qu'il nous commande personnellement une grande réserve, nous ne pouvons nous dispenser de nous y arrêter quelques instants — disons en passant que le vaccin animal n'a pas trouvé grâce vis-à-vis des vaccinophobes, même dans ses

rapports avec la syphilis vaccinale. « La vaccination animale, avons-nous dit un jour, préserve de tout danger à cet égard ; la civilisation n'a pas encore pénétré assez avant dans les étables, pour y apposer sa marque la plus caractéristique, et l'humble et pure génisse ne peut donner que ce qu'elle a. » Et cependant, il s'est publié un jour un article intitulé : *Transmission de la syphilis par la vaccination animale.* Quoi de plus simple, et ne suffit-il pas, pour que ce mode de contamination s'exerce, que le vaccinateur, inoculant une série d'enfants, néglige de nettoyer sa lancette aussi soigneusement et aussi souvent qu'il le devrait, et ne contamine ainsi la pustule vaccinifère ?

Battus de ce côté, nos adversaires ont imaginé la *morve vaccinale.* Oyez plutôt : 38 enfants, vaccinés à San Quirico d'Orcia, avaient été pris d'accidents graves, vastes phlegmons décollant les muscles et pénétrant dans les articulations, symptômes éclamptiques, etc., etc. Qu'était-il arrivé ? Certains instituts d'Italie délivrent encore — c'est une pratique détestable — des pustules excisées de l'animal et expédient au loin ces lambeaux de chair, sans se soucier, s'en fiant sans doute pour cela au flair des destinataires, de l'état où ils seront à l'arrivée. Eh bien ! dans le cas de San Quirico, de semblables *pustules* — et non des *tubes*, ainsi qu'on l'avait abusivement annoncé — avaient servi à la vaccination de ces 38 enfants, cinq ou six jours après avoir été expédiées, et bien qu'elles exhalassent une odeur de moisi, *mucido*, de l'aveu même des vaccinateurs, ce qui n'avait rien d'étonnant puisqu'on était en plein été. Franchement, si l'on avait voulu exprès semer la septicémie, eût-on autrement procédé ?

Cette pratique est désormais jugée comme toutes celles

qui consistent à employer le parenchyme de la pustule vaccinale. On ne saurait sans injustice charger la méthode des méfaits causés par les procédés. La vaccination par le vaccin de génisses, privé de tout principe organique autre que la matière vaccinale elle-même, préserve de tout accident.

17. Jusqu'ici, nous nous sommes trouvés en présence d'accusations saisissables. Nous allons devoir entrer dans un autre ordre d'idées, où nous aurons quelque peine à nous reconnaître. Essayons cependant.

Le vaccin, a-t-on dit, peut changer la constitution des enfants, les rendre malingres, lymphatiques, tuberculeux. Ces accusations reposent en partie sur des allégations de fait, en partie sur des vues théoriques.

Quant aux faits, nous ne sachions pas que le dossier tout entier de la vaccine contienne un seul cas rigoureusement observé, démontrant ou rendant seulement probable la réalité de pareille influence. Certes, les parents qui veulent méconnaître les vices de leur propre sang, les ruines de leur constitution ; qui veulent se disculper à leurs propres yeux de leurs péchés de jeunesse ou de la négligence des soins de l'hygiène, de la mauvaise alimentation vis-à-vis de leur progéniture, ceux-là ne manquent pas de fournir un contingent d'accusations nombreuses, trop nombreuses, car elles n'atteignent pas seulement le principe de la vaccination, elles frappent le médecin dans toutes les faces de son activité et jusque dans son dévouement le plus pur. C'est le médecin qui a méconnu telle maladie, mal traité telle autre; il a donné des médicaments qui ont ruiné de fond en comble ces pauvres petites santés.

Eh bien! nous demandons, à l'appui de ces racontars, non des accusations vagues, mais des observations précises, détaillées, concluantes. Certes, parmi les millions d'enfants vaccinés, il en est qui deviennent malades après la piqûre ; il en est où une tuberculose, des dartres, des manifestations lymphatiques et scrofuleuses se déclarent peu de temps après; mais qui donc a prétendu que le vaccin préserve de ces maladies, qu'il fortifie les constitutions délabrées? Nous demandons des statistiques comparatives, des faits environnés de toutes les circonstances propres au sujet et à ses ascendants. Si d'une coïncidence fortuite, on conclut à la relation de causalité, que fera-t-on d'un enfant vacciné qui tombe par la fenêtre?

Voyons quelle valeur peuvent avoir les arguments théoriques. Ceux-ci ont pris un caractère incontestablement plus sérieux depuis que la tuberculose semble devoir être rangée parmi les maladies infectieuses microbiennes, ou que cette hypothèse, qui ne manque pas d'appuis, ne peut plus du moins être rejetée du nombre des choses possibles. Ceci est d'autant plus grave que le cowpox lui-même n'échappe pas à l'accusation, puisque les bêtes bovines sont sujettes à une maladie qui, sans être la tuberculose, doit cependant s'en approcher. Les bovidés, en effet, ont plutôt la pommelière ou maladie perlée, c'est-à-dire une fausse tuberculose que la tuberculose vraie. Mais il faut noter que les transmissions de la tuberculose — outre que l'immense majorité d'entre elles sont sujettes à caution — s'obtiennent par l'inoculation de la matière tuberculeuse même. A notre connaissance, on n'a JAMAIS, N'IMPORTE OÙ, parlé de la transmission obtenue à l'aide du sérum d'un animal tuberculeux.

Il faudrait donc se rejeter sur l'inoculabilité de la tuber-

culose constitutionnelle. Or, il n'existe absolument aucun fait — NOUS DISONS AUCUN — ni aucune preuve à l'appui d'une transmission de cette nature. Et quand, ici même, on a essayé d'échafauder sur cette base toute une théorie subversive, on n'y a pas même ajouté l'ombre d'une démonstration expérimentale.

Un grand mouvement d'opinion s'était produit dernièrement, en Angleterre et en Allemagne, contre l'usage du lait provenant de vaches atteintes de la tuberculose ou de la maladie perlée. La grande mortalité des enfants nourris au biberon était attribuée, pour une part considérable, à l'usage de ce lait. Les accusations devinrent de plus en plus pressantes et précises. Berlin s'en émut et nomma une commission à l'effet de recueillir le matériel statistique nécessaire à la solution de la question.

Les conclusions de cette commission, formulées à la fin de l'année dernière par le professeur Virchow, l'un de ses membres, ont été négatives, en ce sens que l'examen rigoureux des faits n'a pas permis d'affirmer une transmission de la tuberculose de la vache à l'homme par l'usage du lait. Il ne reste donc qu'une pure hypothèse, comme il est facile d'en faire à propos de toute médication, de toute alimentation, de toute cohabitation, de toute habitude.

M. Chauveau a démontré, par voie expérimentale, et d'autres expérimentateurs encore, que la puissance spécifique des liquides virulents est uniquement le fait des organismes ou éléments figurés qui s'y trouvent mêlés. Or, en affirmant que la *lymphe*, l'*exsudat d'une économie*, peut transporter sur un tiers toutes les propriétés constitutionnelles des vaccinifères, on affirme ceci : l'inoculation d'une lymphe inflammatoire *quelconque* peut changer la constitu-

tion d'un tiers. Encore une fois, on demande la preuve. Jamais cette preuve n'a été fournie, ni même un commencement de preuve. Au point de vue théorique, si quelque chose dans cette lymphe peut avoir une influence sur l'économie, ce n'est pas le plasma liquide — il n'est pas organisé — ce sont les *globules* ou leucocytes introduits avec lui. Peut-on croire — à moins de supposer le vecteur des organismes étrangers doué d'une puissance de développement excessif — que le leucocyte aille entreprendre une lutte avec l'organisme où il s'est introduit et substituer ses descendants à ceux des milliards de protoplasmes de l'organisme inoculé?

Ce sont là des rêveries. On peut en faire mille analogues, qui ne sont, pas plus que la première, susceptibles de démonstration ni de contre-démonstration. Autrefois, on faisait manger du cœur de lion à ceux dont on voulait faire des héros. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est simplement absurde. Et pourtant, si quelque badaud affirmait la vertu de semblables pratiques, comment s'y prendrait-on pour lui *démontrer* qu'elles ne sont qu'insensées?

Et voilà ce qu'on oppose à l'application de la plus bienfaisante des mesures! Et c'est pour cela, c'est parce qu'il y a, de par le monde, des scrupuleux à l'excès, des esprits pointus ou inquiets pour se prévaloir de semblables hypothèses, qu'on priverait l'humanité de la vaccine, alors que pas une preuve, ni statistique, ni physiologique, ni pathologique ne peut être invoquée à l'appui. Mais, à prendre ainsi les choses, quelle serait donc au monde la pratique, la médication interne ou externe, ou l'opération, quelle qu'elle fût, qui ne dût être rayée? Et serait-ce alors se laisser trop glisser sur la pente que de comprendre, dans les préceptes d'une saine hygiène, le conseil d'éviter de donner la main à

quelqu'ami à la paume humide, ou d'écouter de trop près les confidences d'un interlocuteur, dont la conversation..... marécageuse enverrait à distance un brouillard dangereux, *quintessence* de son organisme?

Quant aux affirmations relatives à des éruptions eczémateuses qui ont été parfois observées à la suite de la vaccination, nous pouvons admettre que, chez des sujets à peau excessivement irritable, l'éraillure ait été suivie d'une poussée cutanée; mais le moindre traumatisme, une piqûre, une irritation banale peuvent avoir le même résultat. Qu'on voie plutôt ce qui se passe après le percement des oreilles. Nous rangeons sous le même chef les quelques rares accidents érysipélateux ou phlegmoneux que renseignent les registres des vaccinateurs. La propreté des instruments, la fraîcheur du vaccin, sa pureté absolue et l'absence de toute substance en voie de décomposition, quelques précautions banales avant et après la vaccination, un pansement simple mais approprié dès qu'un peu d'irritation s'annonce, réduisent ces accidents à des proportions infiniment petites, si elles ne les font pas disparaître totalement.

18. Voilà le bilan des accusations portées contre la vaccine. Nous les avons examinées sans partialité aucune et nous avons vu ce que valent ces clameurs livrées au vent des préventions publiques, et que celles-ci n'eussent pas demandé mieux que d'abandonner, si on les eût éclairées au lieu de les encourager.

Ce vieux procès perdu est porté de nouveau aujourd'hui devant le tribunal de l'opinion publique par des auteurs qui se sont rangés avec une conviction chaude, sinon bouillante, parmi les adversaires de la vaccine. Quand des

hommes instruits et au jugement tranquille viennent solennellement, devant des corps savants, faire pareil procès, l'on ne saurait douter, sans leur faire injure, que leurs convictions ne soient sincères et qu'elles n'aient été imposées à leur esprit par un examen sérieux du sujet, par des faits d'observation attentive, par une étude approfondie de la question sous toutes ses faces, tant au point de vue scientifique que par l'examen scrupuleux de la statistique. Nous ne pouvions donc nous dispenser de soumettre à une critique consciencieuse les arguments qui nous ont été présentés, et c'est ce que nous avons fait. Notre déception a été complète.

Nous avions cru que l'attention de ceux qui s'en sont fait l'interprète s'était depuis de longues années fixée sur ce sujet; qu'ils avaient cherché dans leur propre clientèle ou dans celle de leurs collègues et de leurs amis des éléments de conviction. Nous devions nous attendre à voir citer bon nombre d'enfants vaccinés par eux dans des conditions bien connues et dont ils pussent se porter garant, et d'autre part, la proportion de variole et de mortalité variolique observées chez eux dans la suite des temps; d'autre part encore, la relation nette et précise des différents cas où la vaccination avait amené la scrofule, la tuberculose, le rachitisme, chez des enfants de souche valide. Rien, rien, rien de tout cela. Ces déclamateurs n'ont pas de registres ou, s'ils en ont, c'est qu'ils ne confirment pas leurs thèses puisqu'ils ne les montrent pas; ils n'ont pas observé, ou leurs observations n'ont pas marché aussi vite que leurs convictions, puisqu'ils les gardent devers eux. Ils préfèrent — c'est plus expéditif — nous dire en bloc qu'ils ont vu des milliers de cas confirmant leur manière de voir. Cela nous

rappelle un mot assez fin, que nous puisons dans le répertoire d'Emile Augier : Une belle baronne était restée veuve. Si j'avais voulu me remarier, j'aurais eu dix maris, dit-elle. Dix, oui, lui répond son interlocuteur; un, non.

19. Nous voudrions résumer ou esquisser maintenant les idées principales qui se sont fait jour récemment parmi les communications et discours émanés des coryphées de la ligue anti-vaccinatrice. Mais c'est simplement impossible. Nous en prendrons seulement quelques unes au hasard.

Et d'abord, qu'est-ce pour eux que le vaccin? Le vaccin, « insondable mystère pour les Jennériens, panspermistes ou non, M. Pasteur en tête », ils vont nous en dire la nature, après nous avoir initié à leurs révélations par des notions préliminaires, dont voici quelques aperçus.

« *On sait que, dans tout protoplasme, sous l'influence de* » *l'attraction atomique, des concrétions se forment, s'entou-* » *rent d'une enveloppe qu'on nomme cellule .....* »

Plus loin : « *Le vaccin est la lymphe plastique d'abord,* » *granulations ou amibes ensuite, cellules et microbes plus* » *tard, et enfin pus.* »

Et plus loin encore : « *Qu'est-ce qu'un* SANG IMPUR *ou non,* » *le sang en général? C'est la lymphe plastique propre à* » *chaque être oganisé, parvenue à produire d'abord des* » *noyaux et des nucléoles, par concrétion; ensuite des glo-* » *bules ou cellules qui se colorent plus ou moins vivement, par* » *oxygénation (oxydation et acidification), sous l'influence de* » *cette fonction biologique qu'on appelle l'hématose, fonction* » *qui commence dans les poumons et qui se poursuit jusque* » *dans les profondeurs des autres viscères et tissus. — Le sang* » *est une simple évolution de la lymphe plastique. — Celle-ci,*

» *au fond, est* L'ESSENCE *même de chaque sujet vivant. — Telle* » *lymphe plastique, tel sang, tel individu. Que fait-on donc* » *en inoculant le vaccin? On insinue dans la trame d'un indi-* » *vidu le* SUC CONCRET *d'un autre être plus ou moins analogue* » *à lui, au moment où ce suc est en voie d'évolution septique,* » *virulente ou purulente, par suite d'une fermentation spon-* » *tanée ou provoquée artificiellement.* »

Voici ce que nous avons à répondre à cet échantillon de l'anatomie et de la physiologie : Les concrétions ne se forment pas dans le protoplasme, pour s'entourer d'une enveloppe que l'on nomme *cellule*. La cellule, c'est le protoplasme même et cela sans enveloppe. — La lymphe plastique ne joue pas de rôle actif dans la génèse cellulaire ; elle est inerte. — Les granulations ne se transforment pas en amibes, les amibes ne se transforment pas en cellules, les cellules ne se transforment pas en microbes, ni les microbes en pus. Il n'y a personne au monde qui ait fait intervenir les amibes dans le vaccin, pas plus que les éléphants ; il n'y a non plus personne au monde qui relie les microbes aux amibes, ni inversement. — La lymphe plastique, inerte comme nous venons de le dire, ne produit ni noyaux, ni nucléoles, ni globules se colorant par l'oxygène ou l'acidification. La couleur des gobules rouges du sang existe indépendamment de l'oxygène ; celui-ci change seulement sa nuance. — L'hématose ne commence pas dans le poumon pour se poursuivre jusque dans la profondeur des tissus ; tout au contraire, elle commence et s'achève dans le poumon et se défait dans les tissus. — Le sang est tout autre chose qu'une « simple évolution de la lymphe plastique », qui n'est elle-même, à aucun titre, considérée par aucun biologiste du monde comme *l'essence* même de chaque sujet vivant.

Sauf cela .....

20. Nous voudrions nous en tenir là. Comment cependant laisser passer, sans la contredire, cette affirmation si hautement exprimée que le vaccin ne serait pas autre chose qu'*une substance en voie de fermentation ou de putréfaction*. Arrêtons-nous y donc quelques instants.

On a dit qu'il y avait trois sortes de vaccin : 1° le *vaccin-lymphe* ou *faux-vaccin* qui engendre une infection septique, renvoyé à quiconque a la moindre idée des manifestations septicémiques ; 2° le *vaccin à microbes*, — c'est le nôtre — qui produit simplement une infection putride; 3° le *vaccin-pus*, artisan de l'*infection purulente*.

Si nous comprenons bien, ces trois vaccins — où les prend-on? Dieu seul le sait — ne seraient que des stades d'une même évolution commençant par le vaccin-lymphe et passant par le vaccin à microbes pour aboutir au vaccin-pus.

Eh bien! pour ne parler que de ce dernier, nous nions absolument la gravité de la réaction qu'il pourrait provoquer sur l'économie. Nous connaissons la fièvre de suppuration qui se présente chez le varioleux au moment où sa couche cutanée presque entière entre en suppuration ; mais nous ne sachions pas qu'une réaction sensible ou grave même se soit produite comme résultat de 4, 6 ou 8 pustules vaccinales. Si l'auteur a des faits, qu'il les produise. Nous aimerions bien aussi qu'il précisât ce qu'il entend par la *véritable infection purulente* dont il est question.

Vient enfin la vaccine septique, à laquelle se rapporte sans doute cette grave accusation, que « le vaccin est une matière en voie de fermentation ou de putréfaction! »

Si le terme « *fermentation* » n'est pas jusqu'ici rigoureu-

sement déterminé, si, à la rigueur, on peut l'associer encore à l'action de microbes morbigènes, sans blesser, d'une manière absolue, la terminologie scientifique, il n'en est plus de même de celui de « *putréfaction.* » Celui-ci désigne des processus spéciaux déterminés par la présence et l'action d'un organisme *spécial*, le « *Bacterium termo* », processus qui consiste dans les dédoublements les plus divers des matières organiques et spécialement de l'albumine, de réductions et oxydations énergiques, sous l'influence de gaz naissants de l'ozonisation de l'oxygène, etc., altérations moléculaires et atomiques qui aboutissent à ces produits terminaux qui caractérisent la putréfaction pour le vulgaire, c'est-à-dire la naissance et le dégagement de l'ammoniaque, d'acides gras volatiles et de divers autres produits fétides et inodores. Si notre auteur entend autre chose par le terme « putréfaction », dans la phrase citée plus haut, qu'il veuille bien le dire; mais pourquoi cet abus et comment s'entendre si l'on appelle noir ce que tout le monde appelle blanc? Si, au contraire, il prétend que la vaccine n'est qu'une putréfaction, nous ne pouvons qu'attendre sa démonstration.

Nous connaissons des conditions dans lesquelles le germe de la putréfaction peut se mêler au germe vaccinal : ce sont celles qui amènent la putréfaction de toute autre substance : elle se produit quand le « Bacterium termo » ou ses spores s'abattent sur une substance putrescible et y trouvent la chaleur, l'humidité et les autres conditions nécessaires. Rien ne s'oppose à ce que le vaccin, chargé d'albuminoïdes, ne subisse la putréfaction dans ces mêmes circonstances; si nous l'inoculons dans cet état, nous pratiquons une inoculation double : vaccinale et septique.

Mais jamais cette putréfaction ne pourra naître spontanément dans le vaccin pur élaboré dans la pustule; le bacterium ne pénètre pas à travers l'épiderme. Tout au plus pourrait-il y pénétrer par les voies du sang, dans le cas où le vaccinifère serait sous puissance d'infection septique, hypothèse dont il sera fait le cas qu'il faut.

Que si, au contraire, on tient pour la putréfaction vaccinale; si l'on croit à la transformation du « Micrococcus vaccinæ » dans le « Bacterium termo », qu'on veuille bien nous le dire et nous révéler les preuves et démonstrations expérimentales qui ont amené pareille conviction et permis à un homme sérieux d'énoncer cette thèse, inouïe pour tous : *le vaccin est une substance en voie de putréfaction.* Nous en serons heureux; que disons-nous? le monde scientifique entier lui en saura gré.

L'Académie, si elle pousse loin l'indulgence, nous pardonnera cette réfutation un peu longue. Il eût été plus en situation, en effet, à propos de ce prétendu empoisonnement de l'homme *par de la pourriture (sic)* de renvoyer l'auteur à Paracelse. *Proh pudor !*

21. Prétendons-nous conclure de tout ce qui précède que la vaccination soit toujours inoffensive? Nous n'allons pas si loin. S'il ne nous est pas démontré que les maladies virulentes à microbes puissent se communiquer par la lymphe vaccinale, comme par toute autre lymphe naturelle ou d'irritation, il ne nous est pas *démontré* non plus que cette transmission soit impossible, et le doute seul suffit pour commander au moins un grand soin dans le choix des vaccinifères. Pour se garantir de la syphilis, on a la génisse et, tout aussi sûrs, de beaux enfants âgés de trois mois au moins et vierges de toute manifestation suspecte.

Ces précautions prises, la vaccination est-elle toujours opportune? Pas encore, mais alors c'est du sujet seul que partiront les contre-indications. Et cela est si bien admis en principe et en fait, qu'en Angleterre, pays à vaccination obligatoire, le premier article des instructions adressées par le *Privy Concil*, en date du 29 juillet 1871, aux vaccinateurs officiels, est ainsi conçu :

« Hors le cas de danger immédiat de la petite vérole, ne » vaccinez que les sujets qui sont en bonne santé. En ce qui » concerne les enfants, assurez-vous qu'ils n'ont ni fièvre, » ni irritation gastro-intestinale, ni maladie de la peau ; » qu'ils n'ont pas d'eczéma derrière l'oreille, ni à l'aine, » ni ailleurs dans les plis de la peau.

» Ne vaccinez pas non plus, si ce n'est en cas de » nécessité, dans les cas où les enfants relèvent depuis » peu de la rougeole ou de la scarlatine, ou lorsque l'éry- » sypèle règne dans la résidence ou dans son voisinage. »

Ces recommandations sont la soupape de sûreté de la vaccination obligatoire. Au-dessus de la loi, il y a, dans les pays où elle existe, l'autorité du médecin qui peut toujours, sous sa responsabilité, exempter un enfant de la vaccination, quand il trouve, en conscience, que son état de santé exige l'ajournement. Qu'on ne vienne donc pas nous dire : *la vaccine ou la prison*, quand la loi comporte de si larges accommodements.

Nous ne prétendons pas davantage que le traumatisme vaccinatoire soit inoffensif; nous l'avons dit : on n'ouvre pas impunément la peau de l'homme, mais ce que nous affirmons, c'est que ce danger est sans proportion avec le bénéfice acquis. Et ne posons-nous pas chaque jour tel acte qui nous expose bien plus, avec une utilité incomparablement moindre?

Un exemple : on fait percer les oreilles, par pure coquetterie, pour y mettre des anneaux, à 99 p. c. des petites filles de toutes les classes. Et cependant, ce n'est pas là un acte complètement indifférent, puisque M. Constantin Paul a pu, tout récemment, recueillir, en l'espace d'une seule année, à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Lariboisière, 120 observations démontrant que des manifestations scrofuleuses, par exemple, peuvent quelquefois se développer sur le lobule, aussitôt que celui-ci vient à être traversé par l'anneau. Il s'agit dans l'espèce, dit M. Paul, de scrofulides bénignes, d'eczéma, par exemple, plus ou moins envahissant, et d'ulcérations déformant le lobule ou le laissant tout couturé (1).

Quelle belle occasion pour les amateurs de ligue et d'opposition! Et là, ils pourraient s'en donner à leur aise et sans crainte de nuire à quiconque, pas même aux bijoutiers, qui ont déjà imaginé le moyen de poser les pendants d'oreilles sans avoir à percer celles-ci.

Nous concluons ainsi :

La vaccination est sans danger réel quand elle est pratiquée avec les précautions, l'entente et le soin voulus. Elle n'est pas plus offensive que le percement des oreilles, pour y placer des anneaux.

IV

La vaccination et la revaccination doivent-elles être rendues obligatoires en Belgique ?

22. En ce qui concerne la vaccination, l'Académie s'est

(1) Société de thérapeutique. Séance du 22 décembre 1880.

déjà prononcée par l'affirmative, à diverses reprises, une fois entre autres, *à l'unanimité*, dans la séance du 26 avril 1873, où feu Vleminckx a prononcé les paroles suivantes, que nous nous permettrons de rappeler : « L'Académie tout entière, a dit l'honorable membre qui présidait alors l'assemblée, en se ralliant au principe de la vaccination obligatoire, donnera singulièrement à réfléchir au gouvernement. Nous avons été assaillis par d'effroyables épidémies; nos populations en ont souffert cruellement. Une Académie comme celle-ci vient dire au gouvernement : voici le moyen de préserver désormais nos populations de ces terribles ravages, et le gouvernement s'y refuserait! J'avoue que, si j'avais l'honneur d'être Ministre, je ne prendrais pas sur moi cette terrible responsabilité. Que les Chambres refusent, c'est leur affaire; mais je n'en croirais pas moins de mon devoir de Ministre de l'Intérieur, chargé de la santé publique, de dire aux Chambres : voici le moyen que l'Académie de médecine tout entière vous propose comme infaillible; nous vous conjurons de l'accepter. »

Le vœu unanime de l'Académie fut présenté, par une députation, à M. le Ministre de l'Intérieur Delcour, lequel répondit « qu'il ne pouvait s'engager, pour le moment, « qu'à faire une étude approfondie de cette grave ques- » tion. »

Sept ans après, dans la séance du 26 juin 1880, la Compagnie se prononça encore unanimement dans le même sens, et le compte rendu analytique de la séance, où cette décision avait été prise, fut mis, par décision de la Compagnie, sous les yeux de M. Rolin-Jacquemyns, ministre de l'Intérieur actuel. Ce haut fonctionnaire répondit à l'Aca-

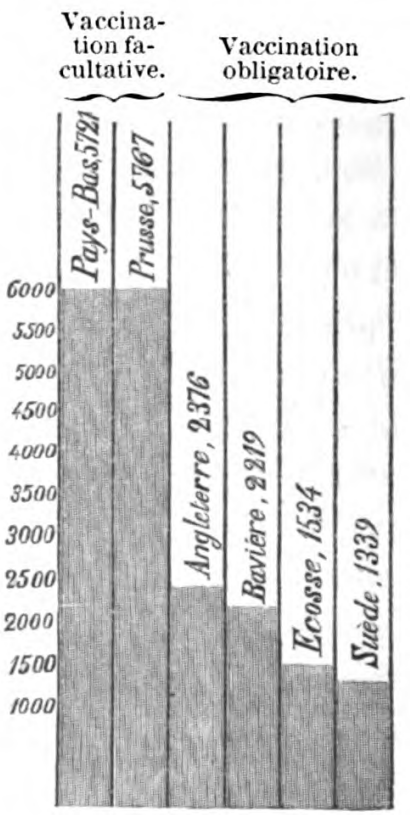
démie « qu'avant de songer à provoquer soit par la voie » législative, soit par la voie administrative ou par les » moyens de contrainte morale qui sont à sa légitime dis- » position, de nouvelles mesures en faveur de la propaga- » tion de la vaccine, il importait que le service de la pro- » duction et de la distribution du vaccin, actuellement » insuffisant, fût organisé de telle façon que le gouverne- » ment, qui a pris ce service en mains, pût le présenter » aux praticiens et aux administrations publiques qui doi- » vent y avoir recours, comme répondant dans une mesure » légitime et suffisante à tous les besoins. » (Lettre du 28 juillet 1880.)

Le gouvernement s'occupant en ce moment de cette réorganisation, il ne nous reste qu'à en attendre le complétement et à mettre sous ses yeux les documents propres à l'éclairer. Ceux que renferme ce rapport ne lui seront peut-être pas inutiles.

La représentation graphique ci-après, due à M. le dr A.-J. Martin (1), est particulièrement saisissante : elle indique combien de sujets, sur un million d'habitants, ont succombé à la variole, de 1868 à 1873, dans un certain nombre de pays, dont les uns possèdent la vaccination facultative et les autres la vaccination obligatoire. « Nous ferons remarquer, dit l'auteur, que plusieurs des années comprises dans cet intervalle ont été marquées par des épidémies de variole en ces divers pays; la proportion qu'on y constate entre eux n'en est donc que plus probante en faveur de la vaccination obligatoire, surtout si l'on veut bien songer à la diversité que chacun d'eux offre, en ce qui concerne

(1) A.-J. MARTIN. *Loc. cit.*, 1881.

le danger de la facilité des transmissions contagieuses.



« Obligatoire, dès 1807 en Bavière, 1816 en Suède, 1818 dans le Wurtemberg, la vaccine ne le devint pour l'Écosse qu'en 1864, pour l'Angleterre en 1867, par une première loi complétée en 1871, pour l'Irlande en 1868, pour la Suisse dans quelques cantons seulement, enfin dans toute l'Allemagne en 1874. Dans tous les autres pays, la vaccination n'est soumise qu'à une réglementation particulière plus ou moins rigoureuse, plus ou moins surveillée. Il importe d'ailleurs de remarquer qu'à part la Bavière, et jusqu'à un certain point la Suède, la vaccination obligatoire est loin d'être, en général, réalisée suivant les prescriptions de la loi.

« Et cependant, l'épidémie de variole qui, partie de la

France, il y a dix ans, a envahi successivement l'Europe entière, a montré l'importance qu'il faut attacher à une application précoce, générale et obligatoire de la vaccine. Les faits parlent d'eux-mêmes : depuis 1867, le nombre des décès de variole, à Paris, s'élevait de plus en plus chaque année; de 301 à cette époque, il était de 605 en 1868 et de 723 en 1869, lorsque, sous l'influence de la guerre, il s'éleva, pour les deux années 1870 et 1871, à 15,421, alors que les décès occasionnés par les blessures, pendant les deux siéges de Paris, furent au nombre de 4,862. La France, la première, subit cette épidémie, et d'après le rapport de M. Vacher, il n'y pas d'exagération à porter à *200,000 (!)* le nombre de décès que la petite vérole y occasionna à cette époque. Par suite sans doute de la réunion des masses militaires considérables dans les divers États, du grand nombre de prisonniers de guerre internés, la variole se propagea de plus en plus. (1) »

De quelle façon les divers États supportèrent-ils le choc? Le diagramme ci-dessus l'indique : tandis qu'en Suède, où la vaccination est obligatoire, la proportion des décès, pendant les cinq années qui comprennent l'épidémie, reste à **1,339**, elle s'élève, pendant les cinq mêmes années, en Hollande, où elle est facultative, à **5,721** par million d'habitants.

23. Et qu'on veuille bien remarquer qu'il n'est question nulle part jusqu'ici de la *revaccination* obligatoire. A quels résultats n'arrivera-t-on pas lorsque la préservation sera renouvelée à mesure que s'épuisera l'immunité. Votre commission n'a pas à s'occuper de la question de savoir

(1) Voir, pour l'étude comparative de l'extension de cette épidémie, Lotz, *Loc. cit.*

à quels intervalles les revaccinations doivent être opérées, ni à le dire ici. Cette question devra être examinée en temps et lieu (1). Pour le moment, elle doit se borner à in-

(1) On trouvera ci-après les recommandations adressées à tous et rédigées, au nom du Comité consultatif d'hygiène publique de France, par une commission composée de MM. Bouley, Legouest, Liouville, Quentin, Fauvel, rapporteur. (Adoptées par le comité d'hygiène dans la séance du 30 août 1880.)

« La vaccination des enfants dans les six premiers mois qui suivent la naissance est un moyen sûr de les préserver de la variole. — En temps d'épidémie, la vaccination doit être pratiquée le plus tôt possible, même dans le premier mois qui suit la naissance.

» Aucun danger, aucun inconvénient n'est la suite d'une vaccination opérée avec les précautions convenables. Les cas rares dans lesquels des accidents sérieux ont été observés tiennent uniquement à ce que la vaccination a été pratiquée avec négligence dans le choix du vaccin ou avec inhabileté de la part de l'opérateur.

» Pour que la vaccination soit efficace, il faut qu'elle produise des cicatrices caractéristiques. Par ces motifs, il est indispensable que la vaccination ne soit pas pratiquée par le premier venu, mais par des personnes ayant qualité pour cela, et de préférence par des vaccinateurs attitrés par l'autorité compétente. — Il faut également que le vaccin soit garanti de bonne qualité et de source pure, ce qui ne saurait être obtenu d'une manière certaine qu'en s'adressant aux établissements chargés d'entretenir et de fournir le vaccin (instituts vaccinaux) ou aux médecins attitrés comme vaccinateurs.

» La vaccination peut être opérée, indifféremment au choix des parents, soit par du vaccin provenant d'un enfant et inoculé autant que possible de bras à bras, soit par du vaccin dit animal, c'est-à-dire provenant des pustules d'une génisse vaccinée. L'efficacité dans les deux cas est la même, quand, bien entendu, les pustules de l'enfant ou de la génisse vaccinifère ont été reconnues normales. L'enfant vacciné peut fournir du vaccin sans le moindre inconvénient pour lui et sans que la vertu préservatrice de sa vaccination en soit aucunement diminuée.

» L'enfant n'étant réellement vacciné, c'est-à-dire protégé contre la variole, que si l'opération a été suivie de cicatrices caractéristiques, il est indispensable que le résultat soit toujours constaté par un inspecteur.

» Moyennant toutes ces précautions, la vaccination n'a que des avantages sans aucun inconvénient, et il est incontestable que les parents qui négligent ou refusent de faire vacciner leurs enfants encourent une grande responsabilité.

» Dans tous les cas, la vaccination ne préserve pas pour toujours de la variole. L'expérience a appris qu'au bout de quelques années un individu vacciné pouvait contracter cette maladie. Le plus souvent, dans ce cas, la variole est bénigne, mais elle n'en contribue pas moins

diquer cette formule générale, qu'il faut se faire revacciner chaque fois qu'on se trouve en présence d'une épidémie, afin d'opposer toujours à l'ennemi des forces fraîches, proportionnées à la vigueur de l'attaque. Ceux qui se comportent de la sorte se mettent sûrement à l'abri. *Il est*, en effet, *sans exemple que la variole atteigne un sujet fraîchement vacciné ou revacciné avec succès.*

La revaccination obligatoire doit être le complément de la vaccination obligatoire, si l'on veut arriver à un résultat complet. Le projet de loi Liouville, actuellement discuté en France, fixe les revaccinations aux dates de 10 et 20 ans, à savoir, pendant la période scolaire et avant le tirage au sort, pour les garçons. Comme mesure générale, c'est déjà fort bien ; comme mesure individuelle, ce n'est pas suffisant.

à propager une maladie redoutable : de là l'utilité de la revaccination. — L'utilité de la revaccination a été de nouveau démontrée par les résultats obtenus dans l'armée. Grâce aux revaccinations pratiquées, comme mesure générale, nos garnisons ont presque entièrement échappé à la variole, alors qu'elle sévissait cruellement parmi la population civile. Il y a donc un grand intérêt pour tous à ce que l'individu soit revacciné, après un temps évalué par l'expérience à dix ans. Ainsi, un enfant de dix ans doit être soumis à la revaccination.

» Si la petite opération produit des cicatrices caractéristiques, l'enfant est sûrement à l'abri de la variole pour une nouvelle période de dix ans. Si, au contraire, elle ne donne aucun résultat caractéristique, cela prouve que l'individu n'est pas, pour le moment, apte à contracter la variole, mais ne prouve aucunement qu'il ne le deviendra pas, dans un laps de temps qu'on ne peut fixer. C'est pourquoi, tant que la revaccination n'a pas réussi, il importe de la répéter tous les ans, et même à des intervalles plus rapprochés, en cas d'épidémie. Ainsi, il doit être bien entendu qu'une revaccination ne met à l'abri de la variole, pendant dix ans, qu'autant qu'elle a été pratiquée avec succès. Dans cette condition, pour donner toute sécurité, elle doit être répétée de nouveau tous les dix ans.

» La revaccination n'entraîne par elle-même aucun inconvénient, aucune suspension de travail. — Elle exige seulement les mêmes précautions que celles indiquées pour la vaccination dans la première enfance ; elle doit être contrôlée comme celle-ci. — Enfin, la revaccination s'impose comme un devoir à tout bon citoyen. »

Nous avons vu plus haut ce que deviendrait la variole en Belgique, si la vaccination y était rendue obligatoire. Nous n'hésitons pas à dire que, s'il en était de même de la revaccination, le chiffre de la mortalité variolique descendrait bien autrement encore. La Belgique est mûre pour l'octroi de ces mesures législatives; elle possède la vaccination animale, qui est de nature à faire tomber toutes les résistances et à faire taire tous les préjugés, et, si elle y ajoutait une bonne organisation du service général de la vaccine, le succès serait complet.

Et cette mesure devrait pouvoir s'étendre à certaines catégories d'étrangers, de ceux spécialement qui viennent de pays où la vaccine n'est pas en usage. Un exemple : Dans le service des varioleux que M. Andrieux dirige actuellement à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, ce médecin a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de variole chez des Esquimaux récemment arrivés du Labrador, à Paris. Aucun d'eux n'avait été vacciné; sept, sur huit qui ont été atteints, sont morts, et le huitième était à l'agonie au moment où le fait était rapporté (*Soc. méd. des hôp.*, 11 janvier 1881). Quels commentaires y ajouter ?

Votre commission, messieurs, n'a pas perdu de vue la singulière objection, tant de fois reproduite et qui, hélas ! ainsi que le dit M. Martin (*loc. cit.*, p. 6), le sera sans doute souvent encore, de l'atteinte que cette obligation porterait à la liberté individuelle. « Ceux qui, dirons-nous avec lui, en échange des avantages que la société leur procure, ne voudraient pas en accepter les charges les plus nécessaires au salut commun, n'ont assurément d'autre parti à prendre que de chercher quelqu'île lointaine et isolée où, nouveaux Robinsons, ils puissent légiférer eux-mêmes tout à leur

aise. La liberté de répandre les maladies, comme l'a si bien dit M. Bouley, est l'une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de refréner. Aucune affection n'est plus contagieuse que la variole et l'on ne voudrait pas que la loi imposât à chacun une sauvegarde sans danger! Le devoir de l'Etat consiste moins à imposer la vaccine à ceux qui n'en veulent pas qu'à garantir le reste des citoyens contre la variole, et ne doit-il pas, pour obtenir ce résultat, empêcher — par une vaccination forcée — les quelques rares individus qui ne voudraient pas de vaccination, de communiquer la variole aux masses ne partageant pas leurs craintes ou leurs préjugés? »

Nous savons l'objection : Si vous voulez être préservé, dira-t-on, n'avez-vous pas la vaccine à votre portée, et, si vous négligez d'y recourir, à qui, si ce n'est à vous même, devrez-vous vous en prendre s'il vous arrive malheur? Mais on néglige ainsi de compter avec l'incurie incorrigible des hommes qui, dès qu'ils n'ont plus sous les yeux le fléau et ses dévastations, perdent de vue la prophylaxie. Et puis, n'avons-nous pas dit qu'il y aurait toujours un certain nombre d'enfants que des contre-indications individuelles laisseront en dehors de l'obligation, et, partant exposés, désarmés, aux coups du mal. Enfin, et ceci est un argument à ne pas négliger : il peut se trouver demain un homme, convaincu ou non, qui, usant d'une autorité légitimement acquise d'ailleurs, ira prêcher dans les campagnes et les centres ouvriers le dogme de la putridité vaccinale. Il ne faut pas que sa croisade puisse faire de dangereux abstentionnistes.

Mais nous n'insisterons pas davantage. « C'est une erreur de croire, a dit M. Lotz (*loc. cit.*) que tout homme intelli-

gent soit à même de juger de l'importance de la vaccine. Le plus souvent, on confond cette première question avec celle de la vaccination obligatoire, qui est du ressort du droit et de la police sanitaire. La solution en est réservée au peuple, aux juristes et aux législateurs. Nous autres médecins, nous n'avons pas une part directe à prendre à la discussion, nous n'avons pas à décider si l'obligation de la vaccine doit être établie ou non, nous n'avons qu'un devoir, celui d'éclairer les personnes auxquelles il appartient de décider cette question. Nous leur devons un exposé consciencieux des données scientifiques qui servent de base à la vaccination obligatoire, afin qu'elles puissent juger elles-mêmes de l'opportunité politique et de la justification légale d'une telle mesure. Il appartient à la médecine de présenter une exposition exacte de tous les faits connus dans la science et de formuler des conclusions. »

C'est ce que nous avons fait. On a dit : « Chefs d'Etats, hommes politiques, laissez parler la science, elle n'a pas dit son dernier mot. » Mais que voulez-vous donc de plus que ces milliers de vies sauvées, que cette sécurité acquise ? Est-il un seul point de la science médicale que l'expérience ait mieux fouillé et dont l'humanité ait tiré meilleur profit? Le dernier mot! Mais le choléra l'a-t-il dit, ce dernier mot, et les hommes politiques et les chefs d'Etats ont-ils attendu qu'il l'eût proféré, pour établir les quarantaines et les lazarets ?

L'étude et le recueillement sont de bons guides pour les gouvernants; mais quand on suppute le nombre de vies perdues par de trop sages lenteurs en matière de vaccination obligatoire, il est bien permis de demander que cette étude et que ce recueillement aient un terme. C'est ce que

fera la quatrième des conclusions que la commission aura l'honneur de vous proposer.

24. Arrivé au terme de cette longue étude, que nous regrettons de n'avoir pu condenser davantage, nous n'avons pas eu le temps d'être bref — nous nous résumerons en nous adressant à ce même public auquel s'adressent certains anti-vaccinateurs, et qui — nous le savons bien et eux aussi — n'est pas un public médical.

On vous trompe, dirons-nous, quand on vous dit qu'en faisant vacciner vos enfants, vous ne les préservez un instant que pour les livrer à un mal pire, qui les moissonnera tantôt.

On vous trompe, quand on veut vous faire accroire que la vaccination et la revaccination sont dangereuses en temps d'épidémie variolique. C'est à ce moment, au contraire, qu'elle a toute sa puissance, car ce sont des troupes fraîches que vous opposez alors à l'ennemi.

On vous trompe quand on vous dit qu'avec le vaccin l'on introduit dans le corps de vos enfants des principes malfaisants.

Et quand on vous dit que, par elle, vous faites obstacle à la sortie des éléments malsains dont, pour eux, leur pauvre petit corps est pétri, on vous trompe plus impudemment encore.

Loin donc de céder à leurs suggestions dangereuses, acceptez, demandez les mains jointes le bienfait que vous offre un génie titulaire. Eh quoi! vous restez désarmé devant tant d'autres fléaux qui vous menacent sans cesse : le typhus, la diphthérie, le choléra, la scarlatine, vous décimment, et vous devez les laisser faire! Ah! qu'en les voyant

arriver sur vous, menaçant tous ceux que vous aimez, vous béniriez celui qui les mettrait à l'abri de leurs coups. Et vous dédaigneriez, quand vous l'avez sous la main, l'agent qui doit les préserver d'un ennemi plus cruel encore!

L'homme poussera-t-il si loin l'ingratitude et la déraison?

Et quand la variole est là, lui dirons-nous enfin, regardez-nous, nous médecins. Tremblons-nous — non pour nous-même, le médecin a perdu le sentiment de la peur, mais pour les êtres chers dont la Providence nous a confié les destinées? — Non, nous vaccinons et revaccinons toute la couvée et nous allons dormir tranquilles. Faites comme nous, dirons-nous à tout le monde, et nous défierons qu'en dépit des déclamations sacrilèges débitées pour vous circonvenir, il se trouve une seule mère qui ne nous comprenne, ne nous suive et ne nous bénisse. *(Applaudissements.)*

Votre commission soumet, en conséquence, au vote de l'Académie les propositions suivantes :

1. Sans la vaccine, les mesures et les moyens indiqués par l'hygiène, tant publique que privée, sont impuissantes à préserver l'humanité de la petite vérole.

2. La croyance au danger de vacciner et de revacciner en temps d'épidémie variolique n'est pas justifiée. On ne peut pas plus récolter la variole en semant le vaccin, que l'orge en semant le blé.

3. La vaccination est toujours une opération inoffensive quand elle est pratiquée avec le soin voulu sur des sujets sains. Elle cause des accidents moins nombreux et moins graves que le simple percement des oreilles pour y mettre des anneaux.

4. Il est vivement à désirer, dans l'intérêt de la santé et de la vie des citoyens, que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires.

TABLEAU I.

Périodes, avant et après l'introduction de la vaccine, auxquelles se rapportent les données sur la mortalité du chef de la petite vérole.	NOMS DES PAYS.	Moyenne par million, avant la vaccination.	Moy. par million, après la vacc.
1777-1806 et 1807 à 1850	Basse Autriche.	2,484	340
1777-1806 et 1807 à 1850	Haute Autriche et Salzburg.	1,421	501
1777-1806 et 1807 à 1850	Styrie.	1,052	446
1777-1806 et 1807 à 1850	Illyrie.	518	244
1777-1806 et 1838 à 1850	Trieste.	14,046	182
1777-1803 et 1807 à 1850	Tyrol et Voralberg.	911	170
1777-1806 et 1807 à 1850	Bohême.	2,174	215
» » »	Moravie.	5,402	255
» » »	Silésie (Autriche).	5,812	198
» » »	Gallicie.	1,194	676
1787-1806 et 1807 à 1850		3,527	516
1817 à 1850	Dalmatie.		86
— —	Lombardie.		87
— —	Venise.		70
1831 à 1850	Frontière militaire.		288
1776 à 1780 et 1810 à 1850	Prusse (Est).	3,321	56
1780 et 1810 à 1850	Prusse (Ouest).	2,272	356
1780 et 1816 à 1850	Posen.	1,911	743
1776 à 1780 et 1810 à 1850	Brandebourg.	2,181	181
1776 à 1780 et 1816 à 1850	Westphalie.	2,643	114
1776 à 1780 et » »	Provinces Rhénanes.	908	90
1781 à 1805 — 1810 —	Berlin.	3,422	176
1776 à 1780 et 1816 »	S	719	170
1780 et 1810 à 1811	Poméranie.	1,774	130
1810 à »	Silésie (Prusse).		310
1774 à 1811 et » »	Suède.	2,050	158
1751 à 1800 et 1801 à 1850	Copenhague.	3,128	286

(1) SIMON. *Histoire de la vaccination*, p. 357.

TABLEAU II (1).

Mortalité en Irlande pendant deux périodes avec correction pour chaque année de la diminution de la population.

19 ans avant l'acte de l'obligation.			10 années consécutives à l'obligation.		
Années.	Mortalité actuelle par variole.	Mortalité par variole, estimée comme si la population de chaque année avait été la même qu'en 1871.	Années.	Mortalité actuelle par variole.	Mortalité par variole, estimée comme si la population de chaque année avait été la même qu'en 1871.
1842	2,743	1,801	1864	854	816
1843	2,682	1,758	1865	347	332
1844	2,455	1,598	1866	187	182
1845	3,045	1,980	1867	20	19·6
1846	3,730	2,428	1868	19	18·7
1847	5,197	3,494	1869	20	19·8
1848	5,750	4,060	1870	32	31·8
1849	6,456	4,785	1871	665	665
1850	4,634	3,620	1872	3,248	3,261
1851	1,865	1,544	1873	481	481
1852	1,767	1,504	Moyenne de 10 années		*583*
1853	1,419	1,228			
1854	1,510	1,339			
1855	1,466	1,314			
1856	1,651	1,491			
1857	1,084	988			
1858	903	827			
1859	1,048	963			
1860	863	799			
Moyenne de 19 années		*1,972*			

(1) REPORT to the Local Government Board, by dr SEATON, on the Recent Epidemie of smallpox in the United Kingdom, in the relation to Vaccination on the Vaccination-Laws.

TABLEAU III.

Décès de variole en Suède depuis 1774 jusqu'à 1877 inclus (1).

Année.	Chiffre absolu.	Sur 1 million d'habitants.	Année.	Chiffre absolu.	Sur 1 million d'habitants.	Année.	Chiffre absolu.	Sur 1 million d'habitants.
1774	2065	1020	1809	2404	1007	1840	650	207
1775	1275	631	1810	824	347	1841	237	75
1776	1503	737				1842	58	18
1777	1943	943	(Depuis 1810, la vaccination est pratiquée partout.)			1843	9	3
1778	6607	3178				1844	6	2
1779	15102	7196				1845	6	2
1780	3374	1593				1846	2	0,6
1781	1485	699	1811	698	291	1847	13	4
1782	2482	1165	1812	404	167	1848	71	21
1783	3915	1832	1813	547	225	1849	341	99
1784	12453	5810	1814	308	126	1850	1376	395
1785	5077	2361	1815	472	191	1851	2488	707
1786	671	311	1816	690	277	1852	1534	433
1787	1771	823				1853	279	78
1788	5462	2534	(Depuis 1816, la vaccination est obligatoire.)			1854	204	56
1789	6764	3137				1855	41	11
1790	5893	2734	1817	242	96	1856	52	14
1791	3101	1421	1818	305	120	1857	560	152
1792	1939	878	1819	161	63	1858	1289	345
1793	2103	942	1820	143	55	1859	1470	388
1794	3964	1757	1821	37	14	1860	708	183
1795	6740	2955	1822	11	4	1861	193	49
1796	4503	1963	1823	39	15	1862	148	37
1797	1733	751	1824	618	226	1863	307	76
1798	1357	585	1825	1213	449	1864	741	182
1799	3756	1609	1826	625	223	1865	1332	324
1800	12032	5126	1827	600	212	1866	1217	292
1801	6057	2563	1828	257	90	1867	1061	253
			1829	53	19	1868	1429	342
(1801 commencement de la vaccination).			1830	104	36	1869	1474	354
			1831	612	211	1870	764	185
1802	1533	644	1832	622	213	1871	329	78
1803	1464	611	1833	1145	387	1872	346	81
1804	1460	605	1834	1049	352	1873	1122	261
1805	1090	449	1835	445	147	1874	4063	936
1806	1482	613	1836	138	45	1875	2019	461
1807	2129	884	1837	361	117	1876	604	136
1808	1814	757	1838	1805	583	1877	357	80
			1839	1934	621			

(1) De 1774 à 1850, d'après le *Livre bleu* 18, p. 185. Depuis 1851, d'après les données officielles de Suède.

TABLEAU IV (1).

Tableaux démontrant : 1° *que la variole a diminué en dessous de* 5 *ans dans les pays où l'obligation existe avant cet âge,* 2° *et en dessous de 6 mois, là où l'obligation existe avant* 3 *mois.*

Groupe des villes comparées.		Mortalité par variole *en dessous de* 5 *ans*, 2 années respectivement les plus terribles	Mortalité par variole *en dessous de* 5 *ans* dans ces 2 années pour une population équivalente de 1,000,000 de tout âge.
Ecosse, où on vaccine à l'âge de 6 mois.	8 villes principales de l'Ecosse, en 1871-1872, population estimée en moyenne de 1,083,750.	557	514
Hollande, l'obligation n'existe pas; ce qui fait qu'on vaccine entre 1 et 10 ans.	8 villes principales, en 1870-1871, population au 31 décembre 1870 693,080.	4245	6122
Si on compare ces 2 pays pendant toute la durée de l'épidémie, l'on a :			
Ecosse : 8 villes principales pendant les 3 1/2 années de l'épidémie.		750	692
Hollande : 8 villes principales pendant 3 ans d'épidémie.		4,474	6455

(1) *Id.*

TABLEAU V (1).

En Prusse l'obligation existe, mais sans pénalité attachée à la négligence, excepté dans les cas où la variole est la conséquence de cette négligence.

Hambourg, Leipzig et huit villes de la Hollande.

Groupe des villes comparées.	Mortalité par variole *en dessous de 5 ans*, pendant la durée respective de l'épidémie.	Mortalité de la variole actuelle *en dessous de 5 ans*, pendant toute la période de l'épidémie, pour une population équivalente de 1,000,000 de tous les âges.
8 villes principales d'*Ecosse*, 1871-74. Population : 1,083,750.	750	692
Berlin, 1871-1872. Population : 882,569.	2,837	3,448
Hambourg, 1871-1872. Population : 338,974.	1,938	5,717
Leipzig, 1871. Population : 106,925.	659	6,200
8 villes principales de la *Hollande*, 1870-1872. Population : 693,080.	4,474	6,455

TABLEAU VI (2).

Londres	Population en 1871.	Population en 1871 en dessous de 5 ans.	Mortalité par variole à tous les âges.	Mortalité par variole en dessous de 5 ans.	Proportion pour 100 de mortalité par variole en *dessous de 5 ans*, comparée à la mortalité par *variole à tous les âges*, pendant les années 1871 et 1872.	Mortalité totale par variole en 1871-72 pour 100,000 de population.	Mort. par variole en dessous de 5 ans en 1871-72 par 100,000 enfants en dessous de cet âge.
1871	3,254,260	422,629	7,982	2,945	36,7	2,970	847
1872			1,774	636			

(1) *Id*
(2) *Id*

TABLEAU VII (1).

	Population en 1871.	Mortalité actuelle par variole en dessous de 5 ans d'âge en 1871 et 1872.	Mortalité par variole en dessous de 5 ans d'âge dans les 2 années pour une population équivalente à 1,000,000 de tous les âges.
Angleterre	22,712,266	13,528	596
Hollande	3,632,237	9,356	2,548

Tableaux pour rechercher la mortalité en dessous de 5 ans.

Groupe de villes comparées.	Population d'enfants en dessous de 5 ans.	Mortalité par variole en dessous de 5 ans, pendant toute la période épidémique.	Mortalité pour une population équivalente de 100,000 enfants en dessous de 5 ans.
Villes principales d'*Ecosse* (en 3 1/2 années)	147,433	750	508
Berlin (en 2 ans)	88,093	2,837	3,200
Leipzig (en 1 an)	8,545	65	7,712

En *Irlande*, nous trouvons pendant les années 1871 et 1872,

A tous les âges.		En dessous de 5 ans.	Mortalité en dessous de 5 ans par 100 de la totalité des décès.
1871	665	155	20,5
1872	3248	821	25
Total :	3913	976	24,4

(1) *Id.*

TABLEAU VIII (1).

Classification suivant l'âge des décès dus à la petite vérole avant l'introduction de la vaccination.

	Ostheim 1) vor der Rhön, 1739-1792.	Manchester 2), paroisse de Collegialchurch, 1769-1774.	Warrington 2), 1773.	Dessun 3), 1791. Enfants à l'exclusion des juifs.	Posen 4), Juin 1795 jusqu'en avril 1796.	Brunswick 3), 1787.
0- 6 mois	13	21	10	20	4	87
6-12 »	48	119	39		11	
1- 2 ans	58	216	84	14	21	144
2- 3 »	34	110	33	15	12	
3- 4 »	39	59	18	20	11	82
4- 5 »	16	34	15	6	9	
0- 5 »	208	559	199	75	68	313
5- 6 »	9	?	4	3	4	?
6- 7 »	14	?	2	3	11	?
7- 8 »	2	?	2	3	7	?
8- 9 »	2	?	4	1		?
9-10 »	1	?	—	—	—	—
5-10 »	28	29	12	12	22	55
10-15 »	1	1	—	1	3	jusqu'à 14 : 2
15-20 »	—		—	—	—	
au-dessus de 20 ans	—	—	—	—	—	au-dessus de 14: 2
Total. .	237	589	211	88	93	372

(1) *Id.*

TABLEAU IX (1).

Epidémie de variole depuis le mois de décembre 1795 jusqu'à la fin de 1796.

Age.	Rawitz (9,500 h.).		Bojanowo (2495 h.).		Sarnowo (1334 h.).		Total (13,329 h.).		Sur 100 malades il est mort.
	Cas de variole.	Décès.	Cas de variole.	Décès.	Cas de variole.	Décès.	Cas de variole.	Décès.	
Au-dessous 1 an	25	9	2	—	12	5	39	14	35,9
De 1-2 ans	100	34	12	—	23	8	145	42	29,0
» 2-3 »	126	27	8	—	34	6	168	33	19,6
» 3-4 »	137	28	27	2	41	4	205	34	16,6
» 4-5 »	137	17	22	2	27	6	186	25	13,4
» 0-5 »	535	115	71	4	137	29	743	148	19,9
De 5-6 ans	91	10	24	6	28	2	143	18	12.6
» 6-7 »	93	11	23	6	18	—	134	17	12.7
» 7-8 »	54	3	16	1	5	—	75	4	5,3
» 8-9 »	32	2	13	1	7	2	52	5	9,6
» 9-10 »	27	3	8	—	2	1	37	4	10,8
» 5-10 »	297	29	84	14	60	5	441	48	10,9
De 10-11 »	13	—	6	—	2	1	21	1	
» 11-12 »	7	—	3	—	—	—	10	—	
» 12-13 »	6	—	5	1	—	—	11	1	
» 13-14 »	6	—	—	—	—	—	6	—	
» 14-15 »	4	—	6	—	—	—	10	—	
» 10-15 »	36	—	20	1	2	1	58	2	3,4
De 15-16 »	2	—	5	—	—	—	7	—	
» 16-17 »	—	—	1	—	—	—	1	—	
» 17-18 »	—	—	1	—	—	—	1	—	
» 18-19 »	—	—	—	—	—	—	—	—	
» 19-20 »	1	1	—	—	—	—	1	1	
» 15-20 »	3	1	7	—	—	—	10	1	10,0
Total. . .	871	145	182	19	199	35	1252	199	15,9

(1) *Id.*

TABLEAU X (1).

Suède : mortalité annuelle sur 1000 habitants (2).

Age.	21 années, 1755-75.	20 années, 1776-95.	20 années, 1821-40.	10 années.
0-5 ans	90,1	85,0	64,3	56,9
5-10 »	14,2	13,6	7,6	7,8
10-15 »	6,6	6,2	4,7	4,4
15-20 »	7,6	7,0	4,9	4,8
20-30 »	9,2	8,9	7,8	6,8
30-40 »	12,2	11,6	11,8	9,8
40-50 »	17,4	16,1	16,7	14,5
50-60 »	26,4	23,9	26,0	23,6
60-70 »	48,1	49,3	49,4	46,3
70-80 »	102,3	104,1	112,9	102,8
80-90 »	207,8	195,4	243,7	228,5
90 et au-dessus.	394,1	351,3	396,4	375,8
Toutes les classes d'âge.	28,9	26,8	23,3	20,5

TABLEAU XI (2).

Cas et décès de variole.

Age.	Basse-Franconie, 1866-67.			3 villes prussiennes 1879.		
	Cas.	Décès.	Décès de variole sr 100 cas.	Cas.	Décès.	Décès de variole sr 100 cas
De 0- 1 an	75	26	34,7	39	14	35,9
» 2-10 ans	25	—	—	1145	182	15,9
» 11-20 »	110	1	0,9	68	3	4,4
» 21-30 »	309	11	3.6	—	—	—
» 31-40 »	318	26	8,2	—	—	—
» 41-50 »	275	22	8.0	—	—	—
» 51-60 »	204	39	19,1	—	—	—
Au-dessus de 60 ans	78	18	23,1	—	—	—
Total	1394	143	10,3	1252	199	15,9

(1) *Id*
(2) *Id.*

Sur 1000 décès par variole.

Etaient âgés de	A Genève, 1580-1760.	En Bavière, octobre 1857 à la fin de 1875.
0 — 1 an	202,5	227
1 — 5 ans	602,5	36
5 — 10 »	155,75	10
10 — 20 »	26,5	23
20 — 30 »	10,25	91
Au-dessus de 30 ans	2,5	613
	1000	1000

— M. le président exprime l'avis que la discussion de cet important rapport doit avoir lieu dans l'une des plus prochaines séances.

M. Hairion propose de porter cette discussion à l'ordre du jour de la réunion du mois de mars. — Adopté.

— L'assemblée ajourne à la prochaine séance la communication de M. Willems, relative à l'inoculation préventive de la pleuropneumonie épizootique, et la suite de la discussion sur les pansements des plaies.

IV. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à deux heures, l'Académie reçoit communication de deux dépêches de M. le ministre de l'intérieur, relatives : l'une à la revision des statuts et du règlement; l'autre au monument à élever à Van Helmont.

— Elle adopte ensuite le programme proposé par la commission qui avait été chargée de préparer l'organisation du nouveau concours à ouvrir, concernant *l'histoire des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie*, programme formulé dans les termes suivants :

« Elucider par des faits cliniques et au besoin par des

expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie.

« Prix : 8,000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1883. (Ce prix n'est pas divisible).

« Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

« Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. »

Ce programme sera soumis à l'approbation de M. le ministre de l'intérieur, conformément aux arrêtés royaux des 4 avril 1878 et 28 mai 1879, autorisant l'acceptation des dons faits à l'Académie par M. Crocq, au nom d'un anonyme, dans le but rappelé par la formule de la question.

— La séance est levée à deux heures trois quarts.

RECUEILS PÉRIODIQUES REÇUS EN 1880.

Belgique.

Annales de l'Académie d'archéologie de Belgique. Anvers.
Annales de la Société belge de microscopie. Bruxelles.
Annales de la Société d'anatomie pathologique de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.
Annales (astronomie) de l'Observatoire royal de Bruxelles.
Annales (météorologie) de l'Observatoire royal de Bruxelles.
Annales de médecine vétérinaire. Bruxelles.
Annales de l'Université de Bruxelles. — Faculté de médecine.
Annales des travaux publics de Belgique. Bruxelles.
Annales d'oculistique. Bruxelles.
Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.
Annuaire de l'Observatoire royal de Bruxelles.
Annuaire de l'Université catholique de Louvain.
Archives médicales belges. Bruxelles.
Bibliographie de Belgique. Bruxelles.
Bulletin administratif du Ministère de l'Intérieur. Bruxelles.
Bulletin de l'Académie d'archéologie de Belgique. Anvers.
Bulletins de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.
Bulletin de la Commission centrale de statistique. Bruxelles.
Bulletin de la Société de médecine de Gand.
Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique. Gand.
Bulletin de la Société royale de médecine publique de Belgique. Bruxelles.
Bulletin de la Société royale de pharmacie de Bruxelles.
Bulletin des Commissions royales d'art et d'archéologie. Bruxelles.
Bulletin du Conseil supérieur d'agriculture. Bruxelles.
Bulletin du Ministère de l'Instruction publique. Bruxelles.
Bulletin du Musée de l'industrie. Bruxelles.
Bulletin hebdomadaire de statistique démographique et médicale de la ville de Bruxelles.
Chambre des Représentants. — Annales et documents. Bruxelles.
Comptes rendus des séances de la Commission centrale des comités de salubrité publique de l'agglomération bruxelloise. Bruxelles.

Comptes rendus des séances de la Commission royale d'histoire. Bruxelles.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Journal de pharmacie d'Anvers.

Journal des sciences médicales de Louvain.

La croix rouge. Bruxelles.

La gymnastique scolaire. Namur.

La lancette belge. Bruxelles.

La presse médicale belge. Bruxelles.

L'art médical. Bruxelles.

L'athenæum belge. Bruxelles.

Le médecin de la famille. Liége.

Le moniteur belge (journal officiel). Bruxelles.

Le scalpel. Liége.

L'homoeopathie militante. Bruxelles.

Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.

Mémoires couronnés et mémoires des savants étrangers publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.

Mémoires de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.

Mémoires de la Société historique et littéraire de Tournai.

Procès-verbaux des séances de la commission royale pour la publication des anciennes lois et ordonnances de la Belgique. Bruxelles.

Rapports du Conseil supérieur d'hygiène publique. Bruxelles.

Revue des questions scientifiques, publiée par la Société scientifique de Bruxelles.

Revue homœopathique belge. Bruxelles.

Sénat. — Annales et documents. Bruxelles.

Allemagne.

Abhandlungen der mathematisch-physikalischen Classe der königlich bayerischen Akademie der Wissenschaften. München.

Abhandlungen des Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Breslau.

Annalen der Chemie und Pharmacie. Leipzig.

Archiv für Augenheilkunde. Wiesbaden.

Archiv für Mikroskopische Anatomie. Bonn.

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Berlin.

Archiv für Wissenschaftliche und practische Thierheilkunde. Berlin.

Beitrage zur Statistik der Stadt Frankfurt am Main.

Bericht der Oberhessischen Gesellschaft für Natur-und Heilkunde. Giessen.

Bericht des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig.

Berliner klinische Wochenschrift. Berlin.

Beschreibung von Würtemberg. Stuttgart.

Centralblatt für Chirurgie. Leipzig.

Centralblatt für Gynäkologie. Leipzig.

Gazette médicale de Strasbourg.

Jahresbericht der Gesellschaft für Natur-und Heilkunde in Dresden.

Jahresbericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Breslau.

Jahresbericht des Frankfurter Vereins für Geographie und Statistik. Frankfurt a. M.

Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammtem Medicin. Berlin.

Jahresbericht ueber die Verwaltung des Medicinalwesens, die Krankenanstalten und die Oeffentlichen Gesundheitsverhaeltnisse der Stadt Frankfurt am Main.

Leopoldina. — Amtliches organ der Kaiserlich Leopoldinisch-Carolinisch-Deutschen Akademie der Naturforscher. Halle.

Sammlung klinischer Vorträge. Leipzig.

Schriften der Königlichen physikalisch ökonomischen Gesellschaft zu Königsberg.

Schriften der Universität zu Kiel.

Sitzungsberichte der mathematisch-physikalischen Classe der k. b. Akademie der Wissenschaften zu München.

Sitzungsberichte der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen.

Statistiche Mittheilungen über den Civilstand der Stadt Frankfurt am Main.

Tübinger Universitätschriften. Tubingen.

Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft. Berlin.

Verhandlungen der Kaiserlichen Leopoldinisch-Carolinischen Deutschen Akademie der Naturforscher. Halle. (Nova acta , etc.).

Verhandlungen des naturhistorischen Vereines der preussischen Rheinlande und Westfalens. Bonn.

Verhandlungen des naturhistorisch-medicinischen Vereins zu Heidelberg.

Verhandlungen der physikal.-medicin. Gesellschaft in Würzburg.

Verhandlungen der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin.

Verhandlungen des Vereins für Naturkunde zu Presburg.

Veröffentlichungen der Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamtes. Berlin.

Zeitschrift für Biologie. München.

N. B. — *L'Académie reçoit en outre en échange de ses publications les thèses des Universités de* Berlin, Bonn, Giessen, Heidelberg, Marbourg, Tubingue et Wurzbourg.

Amérique (Etats-Unis d').

Annals of the Anatomical and Surgical Society. Brooklyn

Index medicus. — A monthly classified record of the Current Medical Literature of the World. New York.

National Board of Health Bulletin. Washington.

Proceedings of the American pharmaceutical Association. Philadelphia.

The american Journal of Insanity. Utica.

The independent Practitioner. Baltimore.

The medical record. New York.

The transactions of the American medical Association. Philadelphia.

Angleterre et Irlande.

Memoirs of the literary and philosophical Society of Manchester.

Philosophical transactions of the Royal Society of London.

Proceedings of the literary and philosophical Society of Manchester.

Proceedings of the Royal Society of London.

The Dublin journal of medical science. Dublin.

The Lancet. London.

The scientific proceedings of the Royal Dublin Society.

The scientific transactions of the Royal Dublin Society.

Autriche.

Casopis lékaruv ceskych. Prague.

Medizinische Jahrbücher. Herausgegeben von der K. K. Gesellschaft der Aerzte. Wien.

Mittheilungen des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. Wien.

Brésil.

Annaes Brazilienses de Medicina. Rio de Janeiro.

Danemark.

Oversigt over det Kongelige Danske Videnskabernes selskabs Forhandlinger og dets Medlemmers Arbeider. Kjobenhavn.

Espagne et colonies.

Anales de la Sociedad anatomica espanola. Madrid.
Boletin del Instituto medico valenciano. Valencia.
Cronica medico quirurgica de la Habana.
El anfiteatro anatomico espanol y el Pabellon medico. Madrid.

France.

Annales de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.
Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris.
Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne et de la Loire. Saint-Etienne.
Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Paris.
Annales médico-psychologiques. Paris.
Archives de physiologie normale et pathologique. Paris.
Archives générales de médecine. Paris.
Bulletin de l'Académie de médecine. Paris.
Bulletin de la Société chimique de Paris.
Bulletin de la Société clinique de Paris.
Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe. Le Mans.
Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. Paris.
Bulletin scientifique du Département du Nord. Lille.
Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.
Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Paris.
Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.
Comptes rendus des travaux de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse.
Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie de Paris.
Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences. Paris.
Gazette des hôpitaux. Paris.
Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris.
Gazette médicale de Paris.
Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux. Paris.

Journal de médecine de Bordeaux. (*Bordeaux médical* et *Gazette médicale* réunis.)

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. Paris.

Journal de médecine de l'Ouest. Nantes.

Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie. Alger.

Journal de micrographie. Paris.

Journal de pharmacie et de chimie. Paris.

Journal des connaissances médicales. Paris.

Journal des sciences médicales de Lille.

Journal d'hygiène. Paris.

La France médicale. Paris.

La revue scientifique. Paris.

L'Art dentaire. Paris.

Le concours médical. Paris.

Le Lyon médical. Lyon.

Le mouvement médical. Paris.

Le praticien. Paris.

Le progrès médical. Paris.

Le réveil médical. Paris.

L'obstétrique. Paris.

L'union médicale. Paris.

Marseille médical. Marseille.

Mémoires de l'Académie de médecine. Paris.

Mémoires de l'Académie des sciences de l'Institut de France. Paris.

Mémoires de l'Académie de Stanislas. Nancy.

Mémoires de la section de médecine de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.

Mémoires de la section des lettres de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.

Mémoires de la section des sciences de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.

Mémoires de la Société de médecine de Nancy.

Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.

Mémoires présentés par divers savants à l'Académie des sciences de l'Institut de France (sciences mathématiques et physiques). Paris.

Publications de la Société havraise d'études diverses. Le Havre.

Recueil de médecine vétérinaire. Paris.

Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. Paris.

Recueil des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. Marseille.
Revue des sciences médicales en France et à l'étranger. Paris.
Revue d'hygiène et de police sanitaire. Paris.
Revue internationale des sciences biologiques. Paris.
Revue médicale de l'Est. Nancy.
Revue médicale de Toulouse, publiée par la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse.
Revue médicale française et étrangère. Paris.
Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Paris.
Union médicale de la Seine-inférieure; journal de la Société de médecine de Rouen.
Union médicale et scientifique du Nord-Est. Reims.

Hollande, Grand-Duché de Luxembourg et Indes Néerlandaises.

Bulletin de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.
Geneeskundig tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. Batavia.
Jaarboek van de Koninklijke Akademie van Wetenschappen, gevestigd te Amsterdam.
Natuurkundig tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. Batavia.
Nederlandsch militair geneeskundig archief van de Landmacht, Zeemacht, het Oost-en West-Indisch Leger. Utrecht.
Onderzoekingen gedaan in het physiologisch laboratorium der Utrechtsche hoogeschool. Utrecht.
Processen verbaal van de gewone vergaderingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.
Verhandelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen —. Afdeeling Letterkunde. Amsterdam.
Verhandelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.
Verslagen en Mededeelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Letterkunde. Amsterdam.
Verslagen en mededeelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.

Italie.

Atti della Accademia fisio-medico-statistica di Milano.
Atti dell' Accademia Gioenia di scienze naturali in Catania.
Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. Venezia.

Bullettino della Commissione speciale d'igiene del Municipio di Roma.
Bullettino della Reale Accademia medica di Roma.
Bullettino delle scienze mediche, pubblicato per cura della Societa medico-chirurgica di Bologna.
Gazzetta degli Ospitali. Milano.
Giornale della R. Accademia di medicina di Torino.
Giornale di medicina militare di Roma.
Giornale internazionale delle scienze mediche. Napoli.
Memorie della Accademia delle scienze dell' Istituto di Bologna.
Memorie della Regia Accademia di scienze, lettere ed arti in Modena.
Memorie del Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. — Classe di scienze matematiche e naturali. Milano.
Memorie del Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. Venezia.
Memorie della Società medico-chirurgica di Bologna, seguito agli opuscoli da essa publicati.
Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Milano.
Rendiconto delle sessioni dell' Accademia delle scienze dell' Istituto di Bologna.

Mexique.

La Escuela de Medicina. Mexico.

Portugal.

Estudos medicos. Coïmbre.
Jornal da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa.
Periodico de ophthalmologia pratica. Lisboa.

République Argentine.

Revista médico-quirurgica. Buenos Aires.

Russie.

Bulletin de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.
Finska Läkaresällskapets Handlingar. Helsingfors.
Mémoires de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.

Suède et Norwège.

Bidrag till Sveriges officiela statistik. — Befolknings-statistik. Statistiska Central-Byrans underdaniga berättelse. Stockholm.
Bidrag till Sveriges officiela statistik.— Helso-och sjukvarden. Sundhets-Kollegii underdaniga berättelse. Stockholm.

Nordiskt medicinskt archiv. Stockholm.

Norges officielle statistik. — Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge. Christiania.

Norges officielle statistik. — Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed. Christiania.

Norges officielle statistik. — Tabeller over de Spedalske i Norge samt aarsberetning for samme aar af overlaegen for den spedalske sygdom. Christiania.

Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Kristiania.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

BADALONI (G.). Il nuovo uncino ostetrico articolato e decollatore del Prof. F. Verardini. Napoli, 1880; 8°.

BURGGRAEVE. — Répertoire universel de médecine dosimétrique (médecine humaine et médecine vétérinaire comparées), basée sur la physiologie et l'expérimentation clinique. 1re livraison de 1881; 8°.

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE. — Statuts et rapports annuels de 1870 à 1880. Bruxelles, 1871-1880; vol. 8°.

DELE (E.). Essai de régénération du virus vaccin par une méthode nouvelle. Anvers, 1880 ; 8°.

Dr — N., in Aachen. — Der Nutzen der Jenner' schen Kuhpockenimpfung, unwiderleglich erwiesen aus der Statistik der Pockensterblichkeit. In-8°.

DU MOULIN. (N.). Discours sur l'esprit scientifique dans les universités prononcé, le 16 octobre 1880, à l'ouverture solennelle des cours, à l'Université de Gand. Gand, 1880 ; 8°.

EMERY-CODERRE (J.). Vaccination. — Étude sur les effets de la vaccination. Montréal, 1875; 8°.

— Vaccination. Montréal, 1880 ; 8°.

FEIGNEAUX (A.). Rapport sur l'organisation de l'assemblée nationale scientifique d'hygiène de 1880. Bruxelles, 1881 ; 8°.

— Comptes rendus des séances de l'Académie royale de médecine de Belgique, pendant le second semestre de l'année 1880. Bruxelles, 1881 ; 8°.

GENEESKUNDIG STAATSTOEZIGT. — Verslag aan den Koning van de bevindingen en handelingen van het geneeskundig Staatstoezigt, in het jaar 1879. 'S Gravenhage, 1880; vol. 4°.

HAECK (F.). La solution industrielle de la question de l'alcoolisme. Mémoire présenté au Congrès international de l'alcoolisme, de 1880. Bruxelles, 1881; 8°.

LEBON (P.). Étude expérimentale sur les injections hypodermiques de médicaments. Gand, 1880 ; 8°.

LEMOIGNE (A.). Sull'idrofobia. Milano, 1880 ; 8°.

MAILLY (E.). Notice sur Théodoric-Pierre Caels, membre de l'Académie I. et R. des sciences et belles-lettres de Bruxelles. Bruxelles, 1880 ; 8°.

MAILLY (E.). Notice sur Jean-Baptiste De Beunie, membre de l'Académie I. et R. des sciences et belles-lettres de Bruxelles. Brux., 1880; 8°.

MASIUS. — De la régénération de la moelle épinière. 1880; 8°.

MASOIN (E.). Rapport fait au nom de la commission qui a examiné les communications de M. L. Créteur, relatives à un nouveau procédé de reproduction micrographique d'histologie végétale et animale. Bruxelles, 1880; 8°.

— Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le mémoire reçu en réponse à la question du concours pour le prix de 5,000 francs, proposé par un donateur anonyme (maladies des centres nerveux, etc.). Bruxelles, 1880; 8°.

— Recherches expérimentales sur l'atrophie congénitale et la turgescence digestive de la rate. Bruxelles, 1881; 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Catalogue des ouvrages mis à la disposition des lecteurs dans la salle de travail du bureau de traduction. Bruxelles, 1880; 8°.

OIDTMANN (H.). Der Rückzug der Impfgläubigen. — Ein Wendepunkt in der Kulturgeschichte der Gesundheitspflege. In-8°.

— Die Zwangs-Impfung der Thier-und Menschenblattern. Düsseldorf, 1874; 8°.

— Dr H. Oidtmann als Impfgegner vor dem Polizeigericht : Weshalb ich meine Kinder nicht habe impfen lassen. Eine Vertheidigungsschrift. Meine Antwort als Arzt und Vater auf ein landräthliches Schreiben bettreffend Impfweigerung. Düsseldorf; 8°.

— Auf der Auklagebank, weil ich gegen meine wissenschaftliche Ueberzeugung meine Kinder nicht wollte impfen lassen. Linnich, 1878; 8°.

— Das Steigen und Fallen der Pockenepidemieen im vorigen Jahrhundert. Bonn, 1878; 8°.

— Das natürliche Kommen und Gehen der Pockenepidemieen. Linnich, 1878; 8°.

— Der Sturz der Impfschutztheorie, auf dem VII. deutschen Aerztetage zu Eisenach, 1879. Linnich, 1880; 8°.

— Die Bedeutung der Rohwolle und der Lumpen für die internationalen Wanderzüge der Pockenseuche bei den Schafen und Menschen, geschichtlich und aus der Handelsstatistik nachgewiesen aus amtlichen Quellen an den Beispielen von 1. Hamburg, 2. Lübeck,

5. Bremen, 4. Schweden, 5. Marseille, verfasst und der Petitions-Kommission des Deutschen Reichstages zur Motivirung seiner Petition um Abschaffung des Impfens. Linnich, 1879; in-fol.

OIDTMANN (H.). Petition um Abschaffung des Impfzwanges. Linnich, 1879; 8°.

— Die Niederlage des Impfzwanges und der Impfschutz-Theorie auf dem VII. deutschen Aerztetage zu Eisenach. Linnich, 1880; 8°.

OIDTMANN (J.). Zur Pockenfrage. Köln; 8°.

PEETERS (J. A.). Lettres médicales sur Gheel et le patronage familial, adressées à M. le docteur Ingels, médecin de l'hospice Guislain, à Gand. Gand, 1880; 8°.

PETITION deutscher Frauen und Mütter an den hohen deutschen Reichstag um Aufhebung des Impfzwanges. Linnich, 1879; 4°.

RUYSCH (W. P.). Verslag omtrent eenige buitenlandsche militair geneeskundige applicatie-scholen en hospitalen. 'S Gravenhage, 1880; v. 8°.

THE VACCINATION INQUIRER and Health Review. Vol. II, n° 22. London, 1881; 4°.

THIRY. Discours prononcé lors de son installation dans les fonctions de président de l'Académie royale de médecine de Belgique (séance du 18 décembre 1880). Bruxelles, 1881; 8°.

TORDEUS (E.) Note sur l'emploi de benzoate de soude dans le muguet. Bruxelles, 1880; 8°.

— Étude sur les causes, la nature et le traitement de la coqueluche. Bruxelles, 1881; vol. 8°.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES. — Annales de la faculté de médecine; t. 1er Bruxelles, 1880; vol. 8°.

VANDER HAEGHEN (F.). Bibliotheca belgica; bibliographie générale des Pays-Bas; 9e livraison. Gand, 1880; feuilles in-12°.

VIDAL (E.). L'isolement des maladies contagieuses devrait être obligatoire dans les hôpitaux. Paris, 1878; 8°.

— Rapport sur les mesures de police sanitaire applicables à la prophylaxie de la variole. Paris, 1879; 8°.

— (Exposé des titres et travaux scientifiques du dr.) Paris, 1879; 4°.

— Traitement du lupus par les scarifications linéaires. Paris, 1880; 8°.

— Des moyens légaux ou d'initiative privée à opposer à la falsification des denrées alimentaires. Turin, 1880; 4°.

— De l'urticaire; leçon recueillie par M. Pautry. Paris, 1880; 8°.

WHEELER (A.). Vaccination in the light of history. London, 1878; 8°.

— Vaccination opposed to science and a disgrace to English law. London, 1879; 8°.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

—

FOREIGN
BODLEIAN
R
PERIODICALS

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

L'Académie reçoit de M. le ministre de l'intérieur :

1° Un exemplaire du tome Ier de l'ouvrage de M. Edmond Frédérix, intitulé : *La Belgique industrielle et commerciale* ;

2° Une dépêche, en date du 3 février 1881, par laquelle ce haut fonctionnaire invite la Compagnie à lui présenter, conformément à l'arrêté royal du 31 décembre 1860, une liste double de candidats pour la nomination du jury qui sera chargé d'apprécier les ouvrages relatifs aux sciences médicales, publiés dans le pays par des Belges, pendant la période quinquennale de 1876-1880. — Il sera procédé à cette élection dans le comité secret de la séance.

II. — COMMUNICATIONS DU BUREAU.

— A l'occasion de la perte si regrettable que notre honorable collègue, M. De Roubaix, a faite en la personne de son fils, M. le dr Eug. De Roubaix, aide-chirurgien à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, le Bureau, se constituant l'interprète des sentiments de l'Académie, lui a adressé, en son nom, une lettre de condoléance.

Répondant à cette lettre, notre savant confrère prie M. le président d'exprimer sa vive reconnaissance à l'assemblée pour la marque d'estime qui lui a été donnée, de sa part, dans cette pénible circonstance.

— La Compagnie vient de perdre l'un de ses correspondants étrangers, M. le dr Antoine Mattei, décédé à Paris, le 18 février, à l'âge de 64 ans.

— Appelé à se prononcer sur la demande faite à l'Académie d'accorder son patronage moral à la Caisse de pensions du corps médical belge, le Bureau, tout en reconnaissant l'utilité de cette institution de prévoyance, est d'avis que l'appui sollicité constituerait un précédent susceptible de présenter de sérieux inconvénients et propose, en conséquence, de ne pas l'accorder.

Cette proposition est adoptée.

III. — CORRESPONDANCE.

— En adressant un exemplaire imprimé de l'exposé de ses titres et de ses travaux scientifiques, ainsi que d'une brochure intitulée : *Aperçu de la théorie du germe contage*, M. le dr Henri Gueneau de Mussy, à Paris, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant de l'Académie.

— Le même désir est exprimé par M. le dr Alison, à Baccarat (France), en offrant les quatre publications suivantes :

a) *De l'hydarthrose du genou dans les fractures de la cuisse chez les enfants ;*

b) *Sur l'épidémie de choléra qui a régné, du 6 septembre au 6 décembre* 1873, *à Merviller ;*

c) *Contribution à l'étude physiologique d'amanita muscaria;*

d) *Etiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes.*

— M. le dr Faustin Roël, à Oviedo (Espagne), fait hommage de l'ouvrage qu'il a publié, en espagnol, sur l'*étiologie de la pellagre*, et exprime également le désir d'être affilié à la Compagnie.

Ces demandes sont renvoyées à la commission *ad hoc*.

— M. Janssens offre un exemplaire de la médaille que les anciens disciples et les nombreux amis de feu M. le professeur Rizzoli, de Bologne, membre honoraire de la Compagnie, ont fait graver pour perpétuer le souvenir de l'acte de générosité exceptionnelle par lequel cet illustre chirurgien a couronné sa vie vouée entièrement au progrès de la science et à l'humanité souffrante. Cette médaille reproduit les traits de notre éminent collègue et, au verso, l'aspect général de l'*institut orthopédique provincial*, monument auquel il a consacré toute sa fortune, s'élevant à plusieurs millions.

— MM. Kuborn, à Seraing; Masoin, à Louvain; Varrentrapp, à Francfort s/M.; L. Martin, à Bruxelles; Boëns, à Charleroi; Van Bastelaer, à Marcinelle; Maisch, à Philadelphie; M. le recteur de l'université de Louvain; l'inspection générale du service de santé de l'armée belge; MM. Tebb, à Londres; Adelmann, à Berlin; Finkelnburg, à Bonn; François-Franck, à Paris; Ed. Morren, à Liége; Ricci, à Sarzana; Robyns, à Paris et Corradi, à Pavie, font hommage de publications dont les titres seront mentionnés au paragraphe : Ouvrages présentés.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

IV. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la commission chargée de l'examen de la note de M. GERMAIN, intitulée : Quelques considérations pratiques pour prévenir la consolidation vicieuse des fractures, surtout chez les enfants. — M. SOUPART, rapporteur (1).

Le travail dont j'ai l'honneur de venir rendre compte à l'Académie, au nom de la commission désignée à cet effet, peut se résumer comme suit :

Se fondant sur la possibilité de faire céder le cal provisoire aussi longtemps que le cal définitif n'est pas formé, l'auteur prétend qu'il est inutile de s'attacher, au début d'une fracture osseuse, à maintenir en place, d'une manière exacte et régulière, les fragments de l'os fracturé.

Les motifs qu'il invoque pour appuyer cette assertion sont : d'une part, l'indocilité ou le manque de repos absolu qui, surtout chez les enfants, s'oppose au maintien des fragments, et, d'autre part, les complications, les accidents inflammatoires, irritations, excoriations, gangrène, qui peuvent être produits par les bandages et appareils à extension continue, dans les cas de fracture oblique avec chevauchement des fragments, et dans les fractures comminutives.

Pour ces motifs, M. Germain se contente, au début de l'accident et pendant une durée qui varie de douze à vingt jours, selon l'âge et la constitution du sujet, de l'application d'un bandage contentif, sans se préoccuper de la fracture et de la difformité. Ce n'est qu'à l'approche de la consolidation, « quand l'exsudation plastique a pris une consistance assez solide, mais telle qu'on puisse encore la

(1) La commission est composée de MM. MICHAUX et SOUPART.

malaxer; quand les symptômes inflammatoires ont disparu et que les contractions musculaires qui s'opposaient au maintien de la réduction ont cessé, que nous redressons la fracture et mettons le membre dans la position normale; puis nous malaxons le cal tout autour, nous immobilisons le membre en appliquant un bandage amidonné ou platré définitif. En agissant ainsi, ajoute M. Germain, on épargne au malade une position gênante dès le début et on obtient une guérison sans difformité. »

Comme on le voit, c'est là un retour vers l'ancienne thérapeutique des fractures, la thérapeutique d'il y a trente ans, lorsqu'on s'attachait à combattre les accidents inflammatoires et autres résultant d'une solution de continuité osseuse, avant de s'occuper de la réduction, de la coaptation et du maintien des fragments, et que l'on s'adressait ainsi aux effets plutôt qu'à la cause des accidents produits.

Cette pratique, grâce aux travaux de Seutin et des chirurgiens contemporains, grâce aux perfectionnements apportés aux bandages et appareils à fracture, aux précautions et aux soins dont est entourée leur application pour prévenir et combattre les accidents qui pourraient se produire, cette pratique a fait son temps; l'expérience acquise en a fait justice et nous dispense de relever ici ce qu'elle présentait, sinon toujours d'irrationnel, au moins d'illogique.

Au reste, la gêne résultant de l'appareil, l'indocilité du patient, la difficulté du repos absolu, voire même les contractions musculaires, n'existeront-elles pas au moment indiqué par l'auteur pour l'application d'un bandage définitif, aussi bien que dans les premiers moments qui suivent l'accident?

Il est, néanmoins, un point de la note dont nous nous

occupons qui mérite de nous arrêter un instant; c'est celui relatif à l'époque choisie par l'auteur pour opérer le redressement du membre et la malaxation du cal provisoire.

En admettant que cette manière de procéder et que ces manœuvres aient réussi, ce que l'auteur ne dit pas et qu'il n'appuie d'aucune preuve, d'aucun fait, elle tend à démontrer, une fois de plus, qu'en cas de déplacement, de déviation des fragments ou de difformité du cal, le redressement du membre peut et doit être opéré à toute époque ou période de la fracture, même lorsque la consolidation est en voie de se former. Il y a plus : si la déviation ou la difformité est de nature à gêner les fonctions du membre lésé, il est de principe de recourir à la rupture du cal.

Ce sont là des indications que le praticien attentif et consciencieux ne manque pas de remplir; mais il n'en est pas moins vrai que ces manœuvres doivent entraver et retarder la guérison. Le chirurgien doit donc faire en sorte de ne pas devoir y recourir, en ayant soin, dès le début, de réduire et de maintenir réduits les fragments osseux, contrairement à la pratique préconisée par M. Germain.

De ce qui précède, nous concluons en proposant à l'Académie de déposer aux archives la note dont il vient d'être question, et d'adresser des remercîments à l'auteur.

— Adopté.

2. RAPPORT de la commission des épidémies et des épizooties sur la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui à sévi, en 1879 dans la commune de Couthuin, relation émanée de la commission médicale de la province de Liége et soumise à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur. — M. LEFEBVRE, rapporteur.

Messieurs, vous avez chargé la commission des épidé-

mies (1) d'examiner le mémoire de MM. Chandelon, Raikem et Putzeys, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Couthuin en 1879.

Organe de la commission, j'ai l'honneur de vous apporter le compte rendu de son examen.

Constatons d'abord que le travail des honorables délégués de la commission médicale de la province de Liége est une œuvre considérable : ils n'ont épargné aucune peine pour recueillir des documents complets sur les conditions hygiéniques du milieu où l'épidémie a éclaté; ils ont suivi la marche de la maladie de maison en maison ; ils ont discuté avec sagacité tous les problèmes que cette épidémie soulève.

L'Académie pourra, du reste, apprécier la valeur tout à fait exceptionnelle de leur travail, par l'analyse rapide que nous allons en donner.

Ce travail s'ouvre par une topographie complète de Couthuin et de ses nombreux hameaux : nature du sol, sa configuration, son exposition, son altitude, sa culture, son hydrographie; caractères physiques, chimiques et microscopiques des eaux alimentaires; météorologie de la période de l'année pendant laquelle l'épidémie a régné. Abordant ensuite de plus près les questions d'hygiène publique et privée, ils décrivent l'état des chemins et des places, des édifices publics (église et écoles) et du cimetière communal; ils exposent l'état des habitations, le régime, l'instruction, les soins de propreté, etc., des habitants de Couthuin. Ils nous fournissent ensuite des données statistiques sur le chiffre de la population, sur les naissances et

(1) La commission des épidémies est composée de MM. PIGEOLET, président, LEFEBVRE, THIERNESSE, JANSSENS et KUBORN, secrétaire.

les décès : le nombre des habitants de Couthuin est de 3242; la moyenne annuelle des naissances est de 87,5; celle des décès de 55,6; l'excédant des naissances est donc de 31,9. Remarquons en passant que ces chiffres indiquent des conditions d'hygiène et d'aisance relativement favorables. En effet, la moyenne annuelle des décès étant en Belgique, pour les campagnes, de 21 pour 1000 habitants, la mortalité pour la commune de Couthuin devrait être de 68 personnes; elle est donc notablement au-dessous de la moyenne.

L'épidémie a éclaté le 1er août 1879 et s'est terminée dans les premiers jours de novembre; son règne a donc été d'environ 3 mois. Elle a pénétré dans 27 maisons : le chiffre des décès a été de 13. Le chiffre des habitants atteints par la maladie n'est pas indiqué.

Les auteurs du mémoire déclarent qu'ils ignorent les moyens thérapeutiques qui ont été mis en œuvre par les médecins traitants. Enfin, ils indiquent les mesures hygiéniques qu'ils ont conseillées aux autorités et aux habitants pour arrêter ou limiter les ravages de la maladie régnante.

Sauf quelques omissions que nous avons indiquées, toutes les questions dont nous avons fait l'énumération rapide sont traitées avec beaucoup de soin et de précision. Les auteurs se sont donné la peine de dresser un plan cadastral de la commune, indiquant la disposition générale des habitations, les maisons où la maladie a sévi, les puits et les tuyaux de répartition des eaux potables, etc.

Dans un second tableau, ils ont résumé leurs observations météorologiques pendant le règne de l'épidémie, et spécialement la hauteur du baromètre, les vents dominants,

la quantité d'eau tombée. On peut y regretter l'absence des indications thermométriques.

Dans un troisième tableau, ils ont consigné les analyses chimiques et microscopiques des eaux alimentaires.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer suffiront pour faire apprécier l'importance de ce travail magistral et justifieront la demande que nous adressons à l'Académie, d'en ordonner l'impression dans son Bulletin mensuel.

Les savants délégués de la commission médicale, dans les développements de ce mémoire, se sont préoccupés avant tout de la question étiologique, et nous ne saurions assez les en louer.

Au point de vue pratique, l'avenir est à la médecine étiologique. On définit vulgairement la médecine l'art de guérir; cette définition est absolument incomplète. Le véritable triomphe du médecin, ce n'est pas de guérir, c'est de prévenir. Qu'est-ce en effet que guérir une maladie? C'est ramener un homme à la vie après une lutte de plusieurs jours, souvent de plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois : période de souffrance pour le malade, d'angoisses pour sa famille, pendant laquelle la vie est comme suspendue; le travail des mains comme le travail de la pensée est condamné à un chômage forcé : pour beaucoup, les ressources tarissent; pour tous, les dépenses s'accumulent. Guérir est bien; mais, en vérité, ce n'est qu'un pis-aller; l'idéal c'est de prévenir l'éclosion de toutes ces misères. Cette thèse vraie, pour les maladies sporadiques, est surtout applicable aux maladies épidémiques, qui, au lieu de tuer une existence individuelle, fauchent des générations tout entières. La prophylaxie de ces maladies est d'autant plus importante qu'une fois déclarées,

nous n'avons souvent à leur opposer que des moyens curatifs tout à fait insuffisants.

C'est ainsi, pour citer un exemple, que les statistiques des épidémies de choléra prouvent que les meilleurs moyens de traitement parviennent à peine à sauver la moitié des sujets atteints par la maladie régnante.

La prophylaxie des maladies est donc l'idéal que nous devons poursuivre. Or, la prophylaxie suppose avant tout la connaissance exacte de la genèse des maladies, et c'est pour cela qu'il nous est permis de dire que l'avenir appartient à la médecine étiologique.

Les honorables délégués de la commission de Liége sont entrés franchement dans cette voie, et la partie la plus importante comme la plus intéressante de leur mémoire, est consacrée à la recherche des causes de l'épidémie de Couthuin.

Nous sommes tentés de regretter qu'ils aient cru devoir s'astreindre, dans cette étude, à la division banale des causes morbifiques en prédisposantes et déterminantes. Quand il s'agit d'une maladie d'origine infectieuse, comme la fièvre typhoïde, cette division perd toute valeur scientifique. La fièvre typhoïde, en effet, est une maladie spécifique, c'est-à-dire une espèce pathologique dans le sens rigoureux du mot; elle ne peut reconnaître qu'un seul principe générateur, comme une espèce végétale ou animale ne peut provenir que d'un germe toujours le même. Quand on parle d'un empoisonnement par l'arsenic ou par la strychnine, on ne s'arrête pas à rechercher les causes prédisposantes de cet empoisonnement : on va droit au métal ou à l'alcaloïde. La fièvre typhoïde est aussi une intoxication; les investigations étiologiques doivent se concentrer dans la recherche du principe typhogène.

En s'astreignant à suivre un programme qui divise les causes en prédisposantes et déterminantes, les auteurs sont amenés à trouver les causes prédisposantes du typhus abdominal de Couthuin dans « les dépôts de fumier près des » maisons, le long des rigoles des chemins, dans l'absence » des fosses d'aisance, dans l'encombrement d'un bon » nombre d'habitations, dans les mauvaises conditions du » cimetière. »

Evidemment ce sont là des causes d'insalubrité de premier ordre, mais en fait de fièvre typhoïde, elles sont des causes déterminantes, c'est-à-dire génératrices du poison typhogène, ou elles ne sont rien.

Mais laissons cette petite controverse.

Les auteurs du mémoire estiment que les causes déterminantes de l'épidémie de Couthuin résident dans la contagion, dans l'altération des eaux potables et dans le mauvais état du cimetière communal.

Arrêtons-nous un moment sur chacune de ces trois conditions étiologiques.

La contagion, disent-ils, semble pouvoir être accusée. Les auteurs du mémoire me semblent trop peu affirmatifs sur ce point. Ils rapportent eux-mêmes des cas absolument probants en faveur de la contagion. Nous irons plus loin : c'est un fait d'observation que, dans certaines épidémies, la contagiosité du virus typhique s'élève à sa plus haute puissance. L'épidémie de Couthuin nous paraît de cet ordre. Les auteurs citent trois cas où des personnes, étrangères à la localité infectée, ont contracté la maladie en rendant une visite passagère à des sujets typhisés. Je penche à croire qu'ils n'ont pas accordé à la contagion la part légitime qui lui revient dans la propagation du typhus de Couthuin.

Ainsi, dans le centre du village, où la maladie a frappé 50 à 60 habitants sur 200, le rapprochement des maisons et les rapports continuels et inévitables entre leurs habitants constituent des conditions si favorables à la contagion, qu'il est permis de croire que celle-ci a joué un grand rôle dans la propagation de la maladie.

Arrivons à l'altération des eaux alimentaires. Les auteurs du mémoire ont traité ce sujet avec beaucoup de soin. Le premier cas de typhus abdominal s'est montré, le 1er août, dans la famille Daubremont. Cette famille tire ses eaux potables d'un puits situé dans l'avant-cour de la maison : « on avait accumulé contre la margelle des cendres mélan-» gées de détritus organiques de toute nature, y compris » des matières alvines, de vieux cataplasmes, etc. » L'analyse de cette eau, faite par M. Chandelon, y a décelé : « la » présence de matières organiques, et le microscope y a fait » découvrir de nombreux organismes animés. »

Huit ou neuf jours après son début dans la maison Daubremont, l'épidémie a éclaté dans le centre de Couthuin, situé à 1,500 ou 1,600 m. de cette maison. Or, ce centre puise ses eaux potables dans des fontaines alimentées par un puits placé lui-même dans des conditions analogues à celles du puits de Daubremont. Citons textuellement la relation : « Dans l'avant-cour de la maison Daubremont se trouve une fosse à fumier, communiquant avec une rigole qui déverse ses produits dans la terre voisine, où se trouve le puits communal qui alimente les fontaines de Couthuin. Ce puits communal est creusé à une vingtaine de mètres de la maison Daubremont et à dix mètres de la fosse à fumier. L'orifice de ce puits est à quelques décimètres sous terre ; la maçonnerie supérieure est perméable et laisse pénétrer

l'eau des terres qui l'environnent. La configuration du terrain est telle que les liquides, provenant de la rigole qui longe la propriété de Daubremont, peuvent souiller les eaux du puits. » Ces eaux sont conduites dans les fontaines du centre de Couthuin par des tuyaux de plomb, qui sont en bon état, comme l'ont constaté les fouilles faites sur la demande des délégués de la commission médicale.

M. Chandelon les a analysées, et il résume ses observations dans les termes suivants : « Ces eaux sont incolores, limpides, inodores, sans saveur spéciale; elles marquent à l'hydrotymètre 24 1/2 à 24. Le chlorure d'or et le permanganate de potasse donnent très manifestement les réactions dues aux matières organiques. Le microscope y fait reconnaître des infusoires animés. »

Ces constatations sont en vérité très favorables à l'hypothèse de l'empoisonnement typhique de la famille Daubremont, puis de la population rassemblée au centre de Couthuin, par l'eau contaminée des deux puits en question. Nous ne pouvons pourtant dissimuler certaines objections qui se présentent d'elles-mêmes.

Passons outre d'une fin de non-recevoir qui se présente dans l'étude de la plupart des épidémies et qu'on formule ainsi : les conditions anti-hygiéniques qu'on accuse existent depuis plusieurs années, comment ont-elles si longtemps tardé à produire leurs effets pathologiques?

Le rapport des honorables délégués fournit une objection plus grave. Il constate qu'aucun habitant de la maison Fastré n'a été atteint de la maladie régnante; or la famille Fastré puise ses eaux alimentaires dans un puits situé à trente mètres du puits communal, et M. Chandelon, qui a examiné l'eau du puits de Fastré, constate qu'elle était

plus chargée de matières organiques, plus habitée de bactéries et de bactéries plus animées que l'eau du puits de Daubremont et que celle du puits communal lui-même. Ne semble-t-il pas que la famille Fastré aurait dû être frappée aussi fortement, sinon plus fortement que les habitants de la maison Daubremont et que ceux du centre de Couthuin?

Quoi qu'il en soit, les auteurs du travail attribuent surtout l'épidémie à l'altération des eaux potables. Toutefois, ils admettent qu'une autre explication pourrait en être donnée. « Bien que le rôle des eaux potables, disent-ils, nous semble ici hors de doute, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher certains faits qui permettraient, jusqu'à un certain point, une autre explication. Nous avons vu que chaque année, depuis environ dix ans, on voit apparaître, dans certaines parties de la commune, des cas de fièvre typhoïde. Le germe de la maladie pouvait donc avoir été déposé dans le sol, sans y avoir néanmoins trouvé immédiatement les conditions favorables à son abondante multiplication, et qui seules permettent le développement d'une épidémie. Ces conditions, que plusieurs auteurs considèrent comme essentielles, sont en premier lieu l'imprégnation du sol par des matières animales en décomposition: nous avons dit qu'elle existait à Couthuin à un degré marqué; ensuite, un certain degré d'humidité du sol et l'action d'une température élevée, deux circonstances qui se rencontrèrent encore pendant l'épidémie que nous étudions. Buhl, Seidel, Besnier, Bourdon et autres déclarent que, pendant la sécheresse, les cas de typhus sont plus nombreux, tandis qu'ils diminuent lorsque le niveau des eaux s'élève... Cette loi paraît très applicable en ce qui concerne l'épidémie de Couthuin. »

On sait que cette loi a été formulée par Pettenkofer, qui s'exprime ainsi : « Il est incontestable qu'en s'abaissant, la nappe d'eau abandonne les couches de terrain imprégnées d'une multitude de débris organisés qui, au contact de l'air, fermentent, se putréfient et dégagent l'agent typhique. Quand, au contraire, ces eaux montent, ces couches sont submergées et les phénomènes de putréfaction sont suspendus. »

Cette loi, disent les auteurs du mémoire, est très acceptable pour l'épidémie de Couthuin. Le mois de juillet 1879 a été extrêmement pluvieux. Du 2 au 16 la pluie n'a pas cessé de tomber, et les journées des 21, 22 et 23 ont été marquées par des pluies torrentielles ; puis sont venues des chaleurs caniculaires. Or le premier cas de typhus a été observé le 1er août ; le 9 et le 10 il gagnait le fond du village de Couthuin ; du 14 au 20, il frappait 14 familles.

Les conclusions des investigateurs appellent une remarque : pour reconnaître la genèse du typhus, en vertu de la loi de Pettenkofer, il faudrait donc admettre que les pluies ayant cessé le 23 juillet, et le premier cas de typhus ayant éclaté le 1er août, il a suffi de huit jours pour abaisser considérablement le niveau des eaux. Cette supposition nous semble hasardée ; du moins aurait-il fallu, pour la confirmer, mesurer à ces deux époques le niveau des eaux dans les puits. Remarquons d'ailleurs que l'épidémie a eu son maximum d'intensité du 15 au 20 août. Or, on a observé pendant ce mois trois périodes pluvieuses : l'une du 7 au 11, la seconde du 15 au 20, la troisième du 23 au 30. A l'époque où la maladie frappait ses coups les plus redoublés, on n'a eu que deux jours sans pluie, le 21 et le 22.

Nous arrivons à la question du cimetière. Ce lieu de

sépulture offre une superficie assez considérable : elle est de 3270 mètres, et le renouvellement des fosses ne doit avoir lieu que tous les 26 ans et demi ; mais il est mal situé : il se trouve au centre du village de Couthuin, environné d'une dizaine d'habitations; il est composé de terre argileuse, assez compacte, retenant les eaux pluviales pendant une bonne partie de l'année. Il est situé à deux ou trois mètres plus haut que la route du village qui le longe. Le mur de soutènement présente des ouvertures de drainage par où s'écoulent des eaux qui contiennent les produits de la macération cadavérique.

Ce sont là, sans aucun doute, des causes fâcheuses d'insalubrité. Mais remarquons d'abord que les auteurs du mémoire n'ont pu se mettre d'accord sur la question. M. Chandelon estime, en effet, contrairement à l'avis de M. Putseys et de M. Raikem, qu'il ne s'écoule pas d'eau par les ouvertures de drainage des murs du cimetière. Il s'appuie sur le témoignage de M. Moreau, pharmacien de Couthuin, et sur les considérations suivantes : en tenant compte de la quantité d'eau et de neige fondue que la terre reçoit chaque année en Belgique, le cimetière de Couthuin recevrait par an 726 litres d'eau par mètre de superficie. Or, comme tous les corps poreux, les terres absorbent beaucoup d'eau, laquelle revenant par capillarité à la surface s'évapore rapidement; « c'est donc à tort, selon moi, dit M. Chandelon, que l'on prétend que le mur de soutènement serait infailliblement renversé par la poussée des eaux d'infiltration, si on n'y avait ménagé des ouvertures de drainage par où s'écoulent ces eaux qui contiennent les produits de la macération cadavérique. » M. Chandelon ajoute : « le pharmacien de Couthuin m'a positivement

déclaré qu'il n'avait jamais observé d'écoulement d'eau par les barbacanes du cimetière, et je le crois facilement d'après ce qui est dit ci-dessus. »

Ajoutons enfin que le cimetière est dans ce site et dans cet état depuis un temps immémorial : c'est un cimetière séculaire, comme disent les auteurs du rapport. Or, chose remarquable, bien que chaque année depuis dix ans, on voie apparaître, dans certaines parties de la commune, des cas de fièvre typhoïde, le centre du village, placé autour du cimetière, n'avait eu ni épidémies ni maladies endémiques depuis de nombreuses années.

Concluons. — Le cimetière de Couthuin présente des conditions d'insalubrité, la chose n'est pas douteuse; mais les observations des honorables rapporteurs ne nous paraissent pas établir d'une manière positive qu'on puisse lui attribuer en tout ou en partie la genèse de l'épidémie de Couthuin.

La commission estime qu'il y a aussi quelques réserves à faire au sujet des mesures prophylactiques indiquées par les membres de la commission médicale, notamment quant au procédé de désinfection des eaux des puits par la chaux vive, qu'elle considère comme inefficace.

En résumé, messieurs, les matériaux recueillis avec tant de soin par les savants délégués, confirment les idées généralement acceptées aujourd'hui sur la pathogénie des maladies typhiques. Bien que la science n'ait pas dit son dernier mot sur la question, on peut en effet considérer comme un fait très probable que l'agent typhogène se produit pendant le travail de décomposition des matières organiques azotées : en thèse générale, on peut dire que là où se trouve un foyer de décomposition de matières

animales, là se trouve une source de typhus. Or, ces foyers se rencontrent souvent autour de nous. La source la plus féconde de miasmes typhogènes paraît exister dans la fermentation putride des matières fécales humaines. Il faut citer en seconde ligne la dissolution des tissus animaux, tissus conjonctif, musculaire, nerveux, en un mot, ce qu'on appelle vulgairement la chair, chair d'homme ou chair de bête; enfin viennent en troisième ligne les matières animales gazéiformes qui s'échappent d'individus concentrés dans un espace trop étroit et où l'aération est insuffisante. En tenant compte de ces faits, il est facile de prévoir que la source des maladies typhiques se rencontrera le plus souvent dans les latrines mal établies, dans les égouts mal conditionnés, dans les fumiers et les fosses à purin, dans les cimetières, dans les habitations resserrées, mal aérées et encombrées.

Le principe typhogène une fois engendré se transporte à distance par différents véhicules: il peut se diffuser dans l'air, se suspendre dans les eaux alimentaires, imprégner les linges et les vêtements. De la source où il se produit primitivement, ce principe sera donc facilement charrié jusqu'à l'homme, qui l'absorbera avec l'air qu'il respire ou avec l'eau dont il s'abreuve.

Mais le principe typhogène est un principe fécond, c'est-à-dire que pendant l'évolution de la maladie chez un sujet donné, il se régénère et se multiplie, semblable à la gouttelette de vaccin insérée sous l'épiderme d'un sujet sain, et qui, en fructifiant, va donner 30, 40, 100 gouttelettes de virus qui pourront engendrer la vaccine chez 30, 40 ou 100 autres personnes.

Dans une épidémie de fièvre typhoïde, une partie des

sujets peuvent donc être atteints de première main, c'est-à-dire par l'absorption du principe typhoïde qui leur est apporté de sa source primitive par l'air ou par les eaux; d'autres sont empoisonnés par le même principe reproduit par une ou plusieurs générations: c'est l'infection directe et la contagion; il est souvent difficile de faire la part de l'une et de l'autre.

Encore une fois, le travail des délégués de la commission médicale de Liége confirme pleinement ces faits. Sans doute, il offre des desiderata nombreux, mais ils ne leur sont pas imputables; ils tiennent à l'insuffisance de la science. Ce qui nous manque surtout dans l'espèce, c'est la notion complète de l'agent typhogène. Nous croyons qu'il s'engendre pendant la fermentation putride. Mais dans la masse des composés produits par cette fermentation, quel est précisément le principe générateur du typhus ? C'est ici que commence la série de nos points d'interrogation. Nous ne savons pas même de science certaine si c'est un composé chimiquement défini ou si c'est un corps figuré et vivant : une granulation élémentaire, une cellule complète, une spore, un ovule, un microphyte, un microzoaire. Nous pouvons espérer d'un moment à l'autre que la science nous présentera l'agent typhogène isolé au fond d'un creuset ou sur la plaque de verre d'un microscope. En attendant, accumulons les faits savamment et sincèrement observés; nous fournirons ainsi les éléments bruts du problème dont la science va dégager l'inconnu.

Le travail des hommes distingués qui ont eu la mission d'étudier l'épidémie de Couthuin, appartient à ces documents de premier ordre.

Nous avons l'honneur, messieurs, de vous proposer d'or-

donner l'impression dans le Bulletin du remarquable travail des délégués de la commission médicale de la province de Liége et de remercier M. le Ministre de l'intérieur d'avoir bien voulu soumettre ce document à l'Académie.

— L'assemblée adopte ces conclusions et décide, sur la proposition de M. Kuborn, que les questions soulevées dans le rapport seront l'objet d'une discussion qui sera portée à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

3. DE LA NON-RÉCIDIVE de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines; par M. WILLEMS, correspondant, à Hasselt.

L'Académie voudra bien me permettre de revenir sur une question très importante dans l'histoire de la pathologie de la pleuropneumonie exsudative des bêtes à cornes, c'est-à-dire celle de la non-récidive de cette affection.

Dans une de mes dernières communications, j'ai énoncé les propositions suivantes :

« La pleuropneumonie exsudative n'atteint, à de rares exceptions près, qu'une seule fois le même animal. »

« Le sujet dûment inoculé est à l'abri de la pleuropneumonie contagieuse, il résiste à la contagion. »

Puis encore : « L'inoculation du liquide pulmonaire ne produit plus d'effet sur un animal guéri de la pleuropneumonie, ni sur un sujet inoculé une première fois avec succès. »

La maladie contractée par les voies ordinaires de la contagion et la maladie inoculée prémunissent l'organisme bovin contre une seconde invasion de cette affection.

La pleuropneumonie protége contre elle-même, et son

vaccin est le liquide virulent recueilli dans les organes pulmonaires d'un animal malade.

Je vais essayer, messieurs, de prouver l'exactitude de ces propositions, en exposant les résultats de mes recherches sur la non-récidive de la péripneumonie contagieuse.

Comme la plupart des affections virulentes, contagieuses, chez l'homme et chez les animaux, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, etc., la stomatite aphtheuse, la peste bovine, la clavelée, le charbon, etc., la maladie qui nous occupe n'affecte guère le même sujet qu'une seule fois dans sa vie.

S'il y a des exceptions à cette règle, elles sont très peu fréquentes. J'ai soutenu cette thèse, il y a trente ans, alors que les opinions des savants étaient encore très partagées à ce sujet.

Dans un mémoire publié en 1866, j'ai dit ce qui suit :

« Un bœuf une fois guéri de la pleuropneumonie ne la contracte plus. » Cette conséquence résulte de mes observations incessantes, pendant un grand nombre d'années. En outre, ce fait se trouve pleinement confirmé par les observateurs les plus consciencieux, tels que Verheyen, Pétry, Yvart (ce dernier autrefois inspecteur des écoles vétérinaires de France), Lafosse, Delafond, Wellenberg, etc., la Société centrale d'agriculture de Belgique, la Commission officielle néerlandaise, la Commission officielle belge, laquelle dans son rapport adressé à M. le Ministre de l'intérieur en 1860, ne cite que *trois cas* de récidive constatés en Belgique pendant un laps de *deux années*.

Dans les Pays-Bas, cette opinion est tellement enracinée, qu'on y payait jadis plus cher un veau guéri de la pleuropneumonie que celui qui ne l'avait pas encore contractée.

Faut-il encore faire remarquer que la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris et la Commission scientifique française sont du même avis ? Voici comment cette dernière s'exprime :

« Les animaux de l'espèce bovine sont préservés contre de nouvelles atteintes de la péripneumonie, lorsqu'ils ont contracté une première fois cette maladie, ou qu'ils n'ont présenté que des symptômes d'une indisposition légère à la suite d'une première cohabitation. »

La bête bovine exposée à l'élément virulent de la pleuropneumonie ne s'infecte pas une seconde fois par les voies ordinaires et naturelles de la contagion ; mais en est-il de même quand l'organisme a été imprégné par la matière virulente au moyen de l'inoculation ? Obtient-il par là la même immunité contre l'infection spontanée ?

Les faits de la pratique ont résolu définitivement la question. Cette démonstration a été faite, il y a peu de temps, avec tous les détails que comporte son importance, je n'y reviendrai plus. Seulement, je citerai en passant les conclusions d'un mémoire que viennent de publier sur cette question deux vétérinaires italiens distingués, MM. N. De Capitani et G. Franceschi, de Milan.

Ils donnent la relation détaillée de 867 inoculations faites dans plusieurs fermes, et ils concluent :

1° Que l'inoculation est l'unique préservatif contre la pleuropneumonie contagieuse ;

2° Que cette opération a préservé de la contagion 97 p. c. des animaux inoculés ;

3° Que 5 p. c. ont eu des phlegmasies étendues à la queue ;

4° Que l'inoculation ne produit plus aucun effet sur les

animaux inoculés une première fois avec succès, etc.

Un autre fait fort probatif se passe dans ce moment même chez un des principaux distillateurs de la ville de Hasselt, M. Vliegen.

Dans une étable contenant 50 bêtes à cornes, 20 n'ont pas été soumises à l'inoculation préventive, parce qu'elles étaient arrivées dans un état d'engraissement trop avancé quand le propriétaire les a achetées. Or, 10 d'entre elles sont tombées victimes de la pleuropneumonie. Les 10 autres ont été immédiatement vendues pour la boucherie, dans la crainte de les voir tomber malades à leur tour.

Les 30 bêtes restantes, toutes inoculées, dont quelques-unes ont perdu un bout de la queue, sont restées parfaitement saines dans ce foyer de contagion, quoique soumises au même régime et à la même stabulation que les précédentes.

Pour rendre ces faits, constatés par l'observation, plus évidents, plus scientifiques, une voie nouvelle nous est tracée : c'est celle des inoculations successives, celle de la méthode expérimentale des *contre-épreuves*.

Ces expériences sont entreprises dans le but de reconnaître si l'inoculation de la pleuropneumonie, qui, à vrai dire, ne donne pas une maladie semblable, quant à sa forme et à son siége, à celle d'où procède le virus inoculé, est réellement infectante de tout l'organisme. Quand l'immunité contre la récidive est acquise par une première inoculation, comme elle est obtenue par une première attaque de la maladie elle-même, alors une seconde inoculation, faite même dans un endroit riche en tissu cellulaire, tel que le fanon, l'encolure, la croupe, etc., ne doit plus produire que des effets négatifs ou peu sensibles. Si, au con-

traire, une seconde inoculation produit des manifestations aussi violentes que sur des sujets encore vierges de toute inoculation, alors le virus inséré à la queue n'aurait produit qu'un simple effet local, aurait agi à l'instar des trochisques, des révulsifs, et n'aurait par conséquent pas amené d'effet infectant général.

L'immunité produite par la maladie ou par une première inoculation, est attestée par l'état réfractaire de l'organisme à toute nouvelle inoculation, n'importe dans quel endroit celle-ci est faite.

Ces idées, empruntées à l'éminent inspecteur général des Écoles vétérinaires de France, M. Bouley, ont déjà reçu de sa part un commencement d'exécution et c'est à son inspiration que j'ai cru devoir apporter à la solution de ce problème les éléments qu'une observation de plusieurs années m'a fournis, et contribuer ainsi à asseoir, sur des bases scientifiques certaines, la découverte de l'inoculation préventive.

M. Bouley cite le fait d'une vache dont la queue a été mutilée par l'inoculation et sur laquelle une deuxième inoculation, faite plusieurs mois après la première derrière les oreilles et au fanon, c'est-à-dire, dit-il, dans des régions *défendues sous peine de mort* quand l'organisme est vierge de toute imprégnation virulente, est restée absolument sans effet; puis il ajoute :

« Quoi qu'il en soit des conclusions que l'expérience que je viens de rappeler peut autoriser, voilà un moyen scientifique, certain, rigoureux, de juger la valeur de l'inoculation. Si les vaches inoculées ont acquis une immunité démontrée par l'impuissance d'une deuxième inoculation à produire des effets, même dans une région *défendue*, la

question de l'efficacité préventive sera résolue. Il n'y aura plus qu'à résoudre le problème de son *inefficacité* dans les cas où elle se manifeste, c'est-à-dire à trouver la raison des faits négatifs. »

Signalons à présent les expériences de contre-épreuves qui tendent à prouver que l'immunité est acquise aux bovidés : *a*) par une première invasion de la pleuropneumonie; *b*) par une première inoculation fructueuse du liquide recueilli dans les organes thoraciques d'une bête pleuropneumonique.

Déjà en 1851, j'ai cité des faits où l'exsudat pulmonaire, inséré à des sujets guéris de la pleuropneumonie, ne donnait pas lieu à des manifestations locales. Depuis cette époque, beaucoup d'expérimentateurs ont répété les mêmes expériences et sont arrivés aux mêmes résultats.

La commission officielle néerlandaise constate les mêmes faits dans son dernier rapport sur les inoculations faites et observées par elle (1).

Tout récemment encore, j'ai vu des effets identiques se produire sur le bétail de quatre fermes de la commune de Curange, située près de Hasselt, inoculé par M. Vaes, médecin vétérinaire du Gouvernement. Les voici :

Au commencement de l'année 1880, la pleuropneumonie envahit les étables du fermier Janssens, comprenant six têtes; quatre devinrent malades, dont deux à tel point que le fermier fut obligé de les faire abattre. Après l'abatage de ces bêtes, les quatre autres furent inoculées. Ces inoculations sont restées sans suite aucune.

La pleuropneumonie s'introduisit dans la ferme de M. Cox, vers la fin du mois de mai 1880. Il était possesseur de

(1) Pages 12, 52 et 54 du rapport.

quatre vaches, dont deux devinrent malades au point de devoir être sacrifiées; la troisième, devenue malade à son tour, guérit; la quatrième fut atteinte également à un degré plus léger; ces deux dernières furent inoculées, mais cette opération ne produisit aucun effet.

La pleuropneumonie envahit également les étables du fermier Droogmans, le 22 décembre 1879, introduite chez lui probablement par du fourrage croissant le long de la chaussée et souillé par un animal infecté. Le troupeau se composait de vingt et un sujets: cinq ont été abattus pour cause de pleuropneumonie ; trois autres, devenus malades, ont guéri. Ces derniers, ainsi que les autres en apparence encore sains, ont été inoculés quelque temps après l'apparition de la maladie, et l'inoculation n'a présenté que des effets nuls ou peu sensibles.

Au mois de mai 1880, la pleuropneumonie débuta chez le fermier Creemers sur une vache qui s'est trouvée ensuite guérie. Une seconde devint malade et fut abattue. Deux autres contractèrent la pleuropneumonie à un degré léger. Ces trois animaux ayant été tous malades, furent inoculés, et l'inoculation se montra chez eux parfaitement stérile. Je borne là le détail de ces observations et je passe à la série des expériences de *contre-épreuves* qui établissent qu'une première inoculation réussie protège l'animal bovin contre l'infection naturelle de la maladie, et ainsi que contre les effets d'une deuxième inoculation.

Ces faits ont été signalés, page 28, dans mon premier *mémoire sur l'importante question de l'inoculation préventive.*

Depuis cette époque, un grand nombre de réinoculations ont été faites par moi et ont été suivies des mêmes résultats, mais je n'en ai pas tenu une note exacte.

Tous ces faits de la pratique observés par moi se trouvent entièrement confirmés dans le 3e rapport de la commission officielle néerlandaise, où je rencontre, pages 12 et 52, les expériences suivantes faites tant à l'École vétérinaire d'Utrecht, que chez les principaux détenteurs de bétail de la Hollande.

Le 10 décembre 1853, furent réinoculés à l'École vétérinaire, neuf sujets inoculés avec succès en août 1852. Les petites plaies de l'opération se cicatrisèrent rapidement, aucun phénomène inflammatoire ne fut constaté. La réinoculation resta stérile.

La commission relate ensuite 77 réinoculations pratiquées chez quelques nourrisseurs de la Néerlande, entre autres :

1° Chez le fermier Schoemaker, d'Achttienhoven, où 30 bêtes à cornes inoculées avec succès, les 14 et 29 juillet 1852, furent réinoculées le 12 février 1853. Cette opération ne produisit pas la moindre réaction sur 28 animaux, mais elle se manifesta légèrement sur deux d'entre eux qui, lors de la première inoculation n'avaient présenté aucun phénomène apparent à l'endroit inoculé.

14 bêtes nouvellement achetées furent inoculées pour la première fois dans cette ferme, le même jour et avec le même virus, et chez toutes on remarqua les suites ordinaires de cette opération.

2° Le 22 août 1854, furent réinoculées chez Klaas Mensing, fermier, à Nigtevecht, 22 bêtes à cornes qui avaient subi pour la première fois cette opération, le 15 janvier de la même année. Ce fermier fit subir simultanément une première inoculation à 24 bêtes nouvellement entrées dans ses étables. Sur les premières, l'épreuve resta stérile et elle produisit une action très manifeste sur 10 des dernières.

3° Seize animaux de l'espèce bovine appartenant à la Société agricole d'Amsterdam, inoculés le 15 avril 1853, furent réinoculés infructueusement le 14 novembre suivant. D'autres animaux servant de témoins inoculés pour la première fois avec le même vaccin présentèrent les manifestations ordinaires de cette opération.

4° Neuf animaux appartenant à M. Zijtveld, de Watergraafsmeer, inoculés avec succès, le 22 février 1853, subirent la réinoculation le 19 décembre suivant, mais sans présenter la moindre réaction locale, tandis que d'autres nouvellement arrivés et inoculés pour la première fois présentèrent les symptômes d'une inoculation réussie.

Dans ces derniers temps, j'ai repris les expériences de réinoculation chez MM. les distillateurs Ponet, Croonenberghs et Nys, avec cette modification importante que le germe de la virulence a été inséré dans un endroit plus riche en tissu cellulaire que ne l'est la queue, terrain par conséquent plus favorable à la pullulation de l'élément virulent.

Etables de M. Ponet. — *a*) Un bœuf inoculé avec succès le 27 mai 1880 fut réinoculé à la croupe le 22 juillet suivant. *b*) Une vache, inoculée le 27 mai 1880 avec succès, à tel point qu'elle a perdu presque la totalité de l'appendice caudal, fut réinoculée à la cuisse le 22 juillet suivant, comme le bœuf précédent, avec du liquide pulmonaire fraîchement recueilli sur un animal pneumonique. Cette opération n'a produit aucun effet appréciable.

Etables de M. Croonenberghs. — Le 10 novembre 1880, j'ai réinoculé chez ce distillateur avec la lymphe pulmonaire provenant d'un bœuf atteint de pleuropneumonie appartenant à M. Vanrey et abattu la veille au soir : *a)* deux bœufs

à la croupe, inoculés deux mois auparavant avec un succès complet, de telle façon qu'ils avaient perdu presque la totalité de la queue; *b)* un taureau à la cuisse, également mutilé par une inoculation précédente faite six semaines auparavant. Ces réinoculations sont restées aussi stériles que si elles avaient été faites avec une lancette neuve, pure de toute souillure. Le même jour et avec le même virus, 7 sujets servant de témoins, et vierges de toute inoculation, ont été soumis à la même opération, et chez tous les symptômes ordinaires d'une inoculation réussie se sont manifestés; chez l'un d'eux même, l'action infectante du virus s'est portée dans le ganglion situé à la base de la queue et y a produit des ravages tels que l'animal a dû être livré à l'abattoir; *c)* chez le même distillateur furent réinoculés à la cuisse, le 10 décembre 1880, trois bœufs qui avaient subi une première inoculation un mois auparavant. Cette réinoculation resta sans suites.

Etables de M. C. Nys. — *a)* Le 20 novembre 1880, six bœufs ayant été inoculés avec succès six semaines auparavant, et ayant perdu la queue à la suite de cette opération, furent réinoculés à la croupe avec le liquide pulmonaire d'une bête atteinte de pleuropneumonie, et les suites de cette seconde opération furent absolument nulles; *b)* douze bœufs, ayant tous l'appendice caudal mutilé par l'inoculation pratiquée le 15 octobre 1880, furent réinoculés le 10 décembre suivant, sans aucune suite ou phénomène local.

D'autres bêtes bovines en grand nombre, vierges de toute inoculation, furent inoculées le même jour et avec le même liquide que les précédents, et chez la plupart se manifestèrent les suites locales d'une inoculation réussie.

Les expériences que je viens de rapporter tendent à prou-

ver qu'une première inoculation transforme l'organisme bovin et le rend inapte à la pullulation des germes de la virulence.

Le bétail de M. C. Nys, le plus grand distillateur de la ville, qui possède en moyenne dans ses étables 600 têtes de bétail, deux à trois fois renouvelées par an, jouit d'une immunité plus grande que celui des autres distillateurs. Aussi tout son bétail est-il régulièrement inoculé dès son entrée dans les étables, et puis environ un mois après cette première opération, il est généralement soumis à une réinoculation.

Chez les animaux qui subissent ainsi une seconde inoculation, les effets de cette pratique sont nuls ou peu sensibles. Si parfois ils sont plus accusés, c'est précisément chez ceux sur lesquels une première opération n'a pas produit d'effet apparent.

La non-récidive peut ne pas être obtenue par une première inoculation de la pleuropneumonie, et la réceptivité, par conséquent, ne pas être épuisée, comme MM. Chauveau et Pasteur l'on démontré, l'un pour le charbon, et l'autre pour le choléra des poules; mais une deuxième et même une troisième inoculation pourraient devenir utiles pour enlever complètement à l'organisme la susceptibilité pour une nouvelle imprégnation virulente.

L'immunité est acquise, d'après M. Pasteur, du moment où la culture du microbe n'est plus possible dans le corps de l'animal, et alors la maladie ne peut plus apparaître. Il en est de même quand les germes de la virulence sont déposés sur des animaux autres que ceux de l'espèce bovine, qui sont tous réfractaires à l'action du virus de la pleuropneumonie. Il n'y a pas dans les éléments constitutifs du

corps de ces animaux, des matières propres à la culture du germe de cette affection. Mais la non-récidive des maladies virulentes n'est pas absolue, la récidive forme l'exception et peut se produire après un laps de temps plus ou moins considérable. Plus la saturation produite par l'inoculation est complète, plus elle se manifeste chez le bœuf par des tumeurs ou des engorgements considérables dans les parties inoculées, et plus sûrement aussi l'immunité est-elle alors acquise.

N'en est-il pas de même pour la vaccination chez l'homme, faite pour le préserver des atteinte de la variole ?

Les vaccinés à plusieurs cicatrices, ne paraissent-ils pas jouir d'une immunité plus grande que ceux qui en ont moins, et les revaccinés ne sont-ils pas plus assurés contre les ravages de la maladie, quand ils se trouvent au milieu des foyers de contagion ?

Les marins anglais sont obligés de se faire revacciner en entrant au service, et d'après M. Mathieu, vétérinaire très distingué à Sèvres — qui vient de communiquer un mémoire en faveur de l'inoculation de la pleuropneumonie à la Société centrale de médecine vétérinaire, à Paris (séance du 25 novembre 1880) — depuis seize, ans il n'y a pas eu un seul décès causé par la variole parmi les hommes de la marine royale britannique.

Dans ma pratique, je n'ai pas non plus constaté un cas de mort occasionné par la variole chez les personnes revaccinées récemment.

Des expériences citées plus haut, il résulte que l'insertion du liquide pulmonaire, dans un endroit quelconque du sujet en expérience, est infectante de tout l'organisme et lui procure une immunité contre l'invasion de la pleuropneu-

monie, immunité qui est prouvée par l'impuissance d'une seconde ou d'une troisième inoculation.

La question de l'inoculation envisagée d'une manière générale est pleine d'avenir. Elle laisse encore bien des questions non résolues et cependant très intéressantes ; j'y reviendrai plus tard. Qu'il me soit permis toutefois d'en citer quelques-unes.

D'abord, celle de la culture du virus ou du microbe de la pleuropneumonie dans le corps de la bête bovine au moyen d'inoculations successives, en reprenant le virus dans les tissus inoculés. Par cette méthode, j'ai obtenu un vaccin atténué et en même temps préservatif. Le microscope révèle l'existence du même microbe aussi bien dans le produit de ces tissus que dans l'exsudat pulmonaire. Ces expériences ont été reprises par la commission officielle néerlandaise, qui a inséré à un grand nombre d'animaux du virus secondaire et tertiaire, et tous ces sujets, servant à l'épreuve, ont obtenu une parfaite immunité contre les atteintes de la pleuropneumonie et sont restés ensuite insensibles à l'inoculation du liquide pulmonaire. Ces expériences se trouvent relatées tout au long dans son 3e rapport, pages 16 et suivantes.

D'autres expérimentateurs ont répété les mêmes opérations, entre autres, M. Lenglen, vétérinaire distingué à Arras, qui, dans une note communiquée à l'Académie des sciences de Paris (13 avril 1863), dit avoir inoculé plus de mille sujets avec du virus secondaire, pris dans une incision faite à la queue d'un animal inoculé, et ajoute : « Aujourd'hui, je me sers d'un virus arrivé à la 25e génération, lequel n'a en rien perdu de sa vertu préservative. »

La culture du microbe dans les tissus du bœuf présente

de grandes analogies avec celle faite dans le laboratoire par MM. Bruylants et Verriest. Cette dernière donne un virus inoculable que j'ai inséré à un grand nombre de bœufs, et ordinairement, mais pas toujours, il donne naissance à de petites tumeurs sans produire d'accidents graves. Cependant, dans quelques cas exceptionnels, son inoculation a occasionné des suites fâcheuses.

Quant aux effets préservatifs de l'inoculation faite avec ce liquide de culture, les résultats obtenus jusqu'à ce jour ont été favorables, et les expériences se poursuivent.

Dans le but d'éclairer la question de la non-récidive de la pleuropneumonie, j'ai inoculé le virus de culture à des animaux préalablement inoculés avec succès au moyen du liquide pulmonaire, et vice-versâ, le liquide pulmonaire a été inséré à des sujets imprégnés déjà par le virus de culture. Ces expériences ont été faites sur une grande échelle chez les distillateurs de Hasselt; j'aurai soin de les soumettre plus tard à l'appréciation de l'Académie, ne voulant pas anticiper sur celles qui vont bientôt être instituées à l'École vétérinaire de l'État sous le contrôle de la commission scientifique que vient de nommer M. le Ministre de l'Intérieur.

D'autres expériences restent encore à tenter pour arriver à la solution de la question de la maladie qui nous occupe, telles que l'inoculation faite par la méthode sous-cutanée, l'introduction du liquide virulent par les voies digestives, et son injection dans le système vasculaire, comme MM. Arloing, Cornevin et Thomas, viennent de le faire à l'École vétérinaire de Lyon pour le charbon symptomatique. Ces dernières expériences ont été tentées par un éminent expéri-

mentateur M. Bouley, mais sans résultat concluant jusqu'à présent.

Elles exigent beaucoup d'habileté et de précautions, et demandent à être faites par des expérimentateurs spéciaux.

Je ne saurais terminer cette nouvelle étude sur l'inoculation préventive, sans adresser publiquement mes sincères remercîments à MM. les distillateurs du chef-lieu du Limbourg et particulièrement à MM. Vanrey, Vliegen, Croonenberghs, Ponet et Nys, qui, pour faciliter mes expérimentations, mettent généreusement à ma disposition des centaines de bœufs, sans s'inquiéter des effets quelquefois désastreux qui peuvent en résulter. La coopération désintéressée et obligeante de ces messieurs m'a permis de commencer les expériences qui vont être continuées à l'École vétérinaire de l'État, avec le concours et sous le contrôle de savants éminents, et qui, j'en ai la conviction, tout en élucidant la question de la nature de la pleuropneumonie contagieuse, donneront une confirmation éclatante à la découverte de l'inoculation préventive, laquelle sera ainsi désormais appuyée sur une expérimentation scientifique rigoureuse.

Si cependant, ce que je ne puis admettre, les épreuves expérimentales ne répondaient pas à notre attente, que le microbe ou l'élément virulent de la pleuropneumonie bovine, cultivé dans le laboratoire par MM. les professeurs de Louvain, se montrât infidèle à ses promesses, la valeur de l'inoculation préventive, faite au moyen de l'exsudat pulmonaire resterait néanmoins un principe acquis à la science et confirmé par une pratique longue et constante.

4. NOTE physiologique sur le mécanisme des sensations, tendant à démontrer qu'il n'y a ni fluide nerveux, ni fluide électrique, ni fluide lumineux indépendant de la constitution propre des corps de l'univers; par M. BOËNS, correspondant, à Charleroi.

I

Franklin admettait l'existence d'un fluide électrique unique, impondérable, dont les éléments particuliers se *repoussaient* les uns les autres, tandis qu'ils *attiraient* les molécules ou atomes de la matière.

Symmer combattit cette hypothèse et émit l'idée de deux fluides distincts, agissant chacun par *répulsion* sur lui-même et par *attraction* sur l'autre.

Depuis peu, on semble revenir à l'opinion de Franklin. On suppose que c'est à une substance impondérable, l'*éther*, qui imprégnerait tous les corps, que seraient dus les phénomènes électriques. Ces phénomènes s'expliqueraient, dans ce cas, par la *condensation* ou la *raréfaction* de ce fluide universel.

Il n'y aurait, d'après cela, qu'une seule espèce d'électricité et non deux électricités de nature différente. Seulement, l'électricité propre à chaque corps inactif ou en repos, se présenterait sous deux états opposés de condensation et de raréfaction pour se manifester au dehors, c'est-à-dire que le fluide électrique, qui imbiberait tout ce qui existe, serait à l'état latent — quelques-uns disent statique — ou à l'état de condensation, ou à l'état de raréfaction. L'état de condensation répondrait à ce qu'on a nommé : *électricité positive*; celui de raréfaction correspondrait à l'*électricité*, dite *négative* ou résineuse.

Il suit aussi de là que l'éther serait le principe commun de la lumière, de la chaleur et de l'électricité, avec cette différence que la chaleur et la lumière seraient formées par les vibrations de l'éther, tandis que l'électricité résulterait de son accumulation ou de sa rareté sur un même point, en d'autres termes, de sa masse.

Nous partons de ces notions pour prétendre et démontrer qu'il n'y a pas de fluide lumineux, ni électrique, ni même nerveux.

Selon nous, il n'existe dans la nature que des corps à l'état solide, liquide, gazeux ou radiant, qui produisent des phénomènes nerveux, lumineux ou électriques, par suite de certains mouvement moléculaires particuliers, qui leur sont communiqués et qui se propagent de proche en proche, plus ou moins rapidement, dans toute leur substance et au delà.

Les impressions mécaniques, reçues et transmises de cette manière, conservent à l'arrivée leur tonalité originelle.

Nous concevons l'électricité comme une vibration oscillatoire occasionnée dans les molécules intégrantes des corps.

De même la sensibilité, la lumière, la chaleur et le son ne résultent que des oscillations imprimées et communiquées aux éléments de la matière par des corps en mouvement.

II

L'étude du téléphone nous permettra de comprendre et d'expliquer cette théorie positiviste.

Une caisse fermée, contenant de l'air, reçoit des chocs ondulatoires; l'air emprisonné vibre et frappe l'extrémité d'un fil métallique. Ce dernier transmet les percussions

aériennes sur toute sa longueur jusqu'à son extrémité opposée, qui se trouve en contact avec une autre caisse fermée, semblable à la première.

Les caisses, leurs tympans, l'air inclus et le fil, tout vibre à l'unisson, reproduisant les notes et la tonalité du corps extérieur, qui les met en branle les uns après les autres.

A-t-on songé, pour expliquer cette émission et ce transport d'ondes aériennes à des distances de plusieurs kilomètres, à imaginer une influence occulte, un agent hypothétique quelconque ? Non, chacun reconnaît et déclare simplement que les vibrations du fil métallique correspondent identiquement à celles de l'air atmosphérique qui les provoquent.

Personne ne fait intervenir l'*éther*, comme agent dans les phénomènes remarquables et si simples pourtant de la téléphonie.

Que se passe-t-il, au fond, dans ces phénomènes ?

On connait le mode d'ondulation des gaz percutés par un choc extérieur, comme on connait celui des liquides frappés par un corps quelconque : les ondulations se communiquent rapidement du point touché, comme centre, vers la périphérie, sans que les particules ébranlées s'éloignent notablement de leur position relative. La puissance et la longueur des ondes dépend en grande partie de la qualité de l'agent extérieur qui les suscite, tandis que la rapidité de leur tramission de proche en proche est plutôt en rapport avec la nature et les propriétés physiques de la substance heurtée.

Les oscillations ou les vibrations des *particules métalliques* d'un fil transmetteur s'accomplissent de la même manière

que celles des couches aériennes, dont elles ne sont que la continuation. Supposons que la première particule qui reçoit le choc de l'onde sonore la plus rapprochée soit absolument libre, qu'arriverait-il ? Elle fuirait au loin, et elle fuirait éternellement en ligne droite, à l'infini, avec une vitesse uniforme égale à l'impulsion communiquée, si l'attraction terrestre qu'on nomme *pesanteur*, et l'attraction moléculaire qui s'appelle *cohésion*, ainsi que les particules d'une infinité d'autres corps qui lui barrent le passage et lui font résistance par leur impénétrabilité, ne ralentissaient et n'enrayaient sa marche. Cette première particule, étant heurtée, cède donc à l'impulsion étrangère; mais elle rencontre sa voisine la plus rapprochée, dans la direction du mouvement excentrique qu'elle tend à prendre, et elle lui imprime l'effort ou le mouvement dont elle est animée.

N'écrivant pas un mémoire, mais une simple *note*, je ne veux pas entrer dans tous les développements qu'exigerait l'exposé complet des mouvements vibratoires, dont le pendule nous offre l'analogie *incomplète*, le pendule étant fixé par un de ses points aux objets qui le soutiennent. Nous dirons seulement ici que la tendance à se porter du centre à la périphérie qui a été imprimée à la particule métallique, heurtée par un corps quelconque, gazeux, liquide ou solide, se manifeste dans toutes les autres particules voisines ou éloignées qui reçoivent successivement ce premier choc: c'est ce qui constitue ce que nous appelons les *vibrations positives*.

Par contre, nous donnons le nom de *vibrations négatives* à celles qui aboutissent ou arrivent vers l'extrémité périphérique du téléphone. Quelqu'un parle-t-il devant cet appareil, les ondes sonores se dirigent vers le récepteur. Ces

ondes sont dites *positives*, à l'égard de celui qui les envoie, et *négatives* pour celui qui les reçoit. Les deux pôles du téléphone sont donc alternativement *positifs* et *négatifs*, selon que les sons à transmettre partent tantôt de l'un, tantôt de l'autre, pour arriver à son opposé.

Tel est le mécanisme intime du téléphone.

III

Repliez maintenant le fil téléphonique de façon à ramener l'un près de l'autre les tympans qui se trouvent à ses extrémités, vous aurez l'image d'une pile électrique.

Mais contentons-nous de comparer le télégraphe au téléphone.

Dans le télégraphe, le corps percuteur est constitué par les mouvements atomiques qui s'accomplissent dans les éléments en contact, sous l'influence de cette attraction moléculaire qui a reçu en chimie le nom d'*affinité*, et qui produit de nouvelles combinaisons.

Les réactions chimiques jouent donc dans le télégraphe le même rôle que les secousses aériennes dans le téléphone : elles développent dans les fils conducteurs des chocs ou des vibrations qui se propagent de particule à particule à des distances plus ou moins longues, reproduisant les caractères oscillatoires du choc originel, comme le téléphone le fait pour les sons. Dans un cas comme dans l'autre, c'est la direction même des vibrations transmises du foyer producteur au point de réception qui fait donner à l'électricité les noms de *positive* ou de *négative*.

Si nous en avions le loisir, il ne nous serait pas difficile d'expliquer de cette manière tous les phénomènes électriques, galvaniques et magnétiques, qui se présentent à l'at-

tention des observateurs. Bornons-nous à montrer que, toute proportion gardée, deux mouvements oscillatoires, partant de deux centres différents et suivant le même conducteur en sens inverse, doivent produire au point de jonction ou de rencontre, et par contre-coup, sur toute la ligne vibrante, un choc analogue à celui de deux locomotives qui seraient lancées l'une contre l'autre. Ainsi s'expliquent les lois de l'électricité pour l'énoncé desquelles on avait dû recourir, d'abord à l'existence de deux fluides de nature opposée, puis à celle d'un fluide unique qui se masserait d'un côté et se raréfierait de l'autre, alors qu'il s'agit tout simplement de mouvements oscillatoires propageant de molécule à molécule, les uns une impulsion de gauche à droite ou d'avant en arrière, et les autres une impulsion diamétralement contraire.

Dans ces conditions, deux impulsions en sens opposés se détruisent complètement si elles sont égales, ou laissent persister un excédant d'effets dans telle ou telle direction, si elles sont d'inégales forces.

Deux ondulations sonores transmises par le téléphone ou à l'air libre, en sens inverse, peuvent produire le silence, en s'annihilant réciproquement. De même deux rayons lumineux, en se rencontrant, se renforcent ou s'annulent, provoquent une augmentation de lumière ou l'obscurité, selon les directions qu'ils suivent. Ces curieux phénomènes et tous ceux qui ont trait au système des *interférences* électriques, lumineuses ou sonores, s'expliquent naturellement par la théorie positiviste des vibrations propres ou intimes, qui s'effectuent dans les éléments auxquels un mouvement quelconque a été communiqué.

IV

Appliquons ces notions au système nerveux avant de dire quelques mots pour montrer qu'il n'existe pas même de fluide lumineux dans l'immensité des espaces infinis, et qu'il nous faut encore, par conséquent, renoncer à croire à la réalité de ce pauvre *Ether !*

Encore une illusion, une déité de notre jeunesse qui s'évanouit et que, pour ma part, je ne regrette point.

Il y aura bientôt 30 années que j'ai adressé mon premier mémoire scientifique à l'Académie des sciences de Belgique (1). Je voulais démontrer que nos cinq sens agissent identiquement de la même manière, y compris celui de la vue. La vision, comme le toucher, le goût, l'odorat et l'ouïe, n'est rien, disais-je, que la propagation vers le cerveau de chocs et d'impulsions mécaniques, déterminés par des agents extérieurs. Et j'essayais de prouver que l'hypothèse du *redressement des images* qui s'impriment au foyer de la rétine, est aussi inutile que fausse, le nerf optique ne recevant et ne transmettant que des chocs lumineux plus ou moins multiples, suivant une direction appréciable par l'exercice ou l'habitude fonctionnelle, et non des images qui émergeraient du foyer de notre cristallin.

Plus que jamais je partage ces idées; toutes les découvertes contemporaines n'ont fait que les confirmer dans mon esprit.

Nous avons comparé le télégraphe au téléphone; compa-

(1) Ce mémoire avait pour titre : *Etude sur la vision chez l'homme et chez les animaux.* Il fut l'objet de trois rapports de la part des commissaires désignés par l'Académie, MM. Gluge, Spring et Crahay. (Voir à ce sujet un article du *Scalpel,* 30 juillet 1852.)

rons maintenant ce dernier appareil à celui de la vision, que l'on pourrait nommer le *téléphore*.

L'œil est la première caisse de ce téléphore. Les ondes lumineuses rencontrent et communiquent à son contenu les impulsions dont elles sont animées. Ces impulsions suivent, en s'inclinant un peu à partir de la cornée transparente et surtout du cristallin, la direction linéaire rayonnante, propre à tout mouvement oscillatoire partant d'un point initial et se portant en tous sens vers la périphérie, dans un liquide ou un gaz quelconque. Les bâtonnets rétiniens ébranlés par les secousses du corps vitré se mettent à vibrer à *l'unisson* du corps éclairé, comme le fil téléphonique vibre à *l'unisson* de la voix parlante ou chantante.

On connait ce que les mots : *vibrer à l'unisson*, veulent exprimer. Cela veut dire : reproduire le ton, les qualités, les caractères et suivre la direction, la tendance au déplacement de l'objet qui a déterminé les vibrations. De cellules en cellules ou de fibres en fibres alors, le nerf optique comme le nerf acoustique, comme le fil du téléphone, s'ébranle dans ses diverses parties et transmet en un temps, qu'on calcule aisément de nos jours, la *sensation* qu'il vient d'éprouver à la seconde caisse du téléphore, au cerveau, qui la perçoit en vibrant à son tour, et qui la garde ou réagit à sa façon, comme je l'ai expliqué dans mon étude intitulée : *Physiologie et psychologie* (*Philos. posit.* de Littré, mai 1878).

Les sensations directes de nos divers sens se produisent par un mécanisme analogue.

Un corps extérieur met en mouvement les papilles nerveuses périphériques, et l'impulsion se communique de particules à particules, par vibrations oscillatoires, dans

toute l'étendue du nerf conducteur jusqu'à son extrémité encéphalique.

Les *sensations réflexes* suivent une voie inverse.

Le cerveau palpite, *spontanément* disent les spiritualistes, *par une cause déterminante étrangère* prétendent les matérialistes, — cette question n'a rien à voir ici quant à présent; — aussitôt ces vibrations cellulaires sont ressenties et communiquées par les nerfs émergeant du centre encéphalique vers les viscères et les tissus de l'organisme, où la vibration initiale provoque des effets en rapport avec ses caractères, ses qualités ou sa tonalité.

Je l'ai dit, j'écris une simple *note* et non un mémoire. Je me borne donc aujourd'hui à cet exposé sommaire, malgré le vif intérêt qu'il y aurait à envisager, à ce point de vue, la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Je ferai seulement une remarque, c'est que la constitution propre des nerfs de chaque sujet joue un grand rôle dans l'émission plus ou moins rapide et plus ou moins complète des sensations externes et internes, et que plus un filet nerveux a reçu, dans des mesures physiologiques bien entendu, les mêmes impulsions, plus il devient apte à les sentir et à les communiquer rapidement et fidèlement. L'*habitude* n'est qu'une affaire de mécanique nerveuse. Or, ces particularités se présentent dans le téléphone et dans le télégraphe aussi bien que dans notre système nerveux. La nature, la densité, l'élasticité des fils métalliques exercent une grande influence sur la faculté de transmission des mouvements oscillatoires, et l'on reconnaîtra certainement un jour que des vibrations modérées, régulières, se communiquent d'autant plus aisément aux innombrables particules de ces fils que ceux-ci les ont plus fréquemment reçues, toute

question d'usure réservée pour les métaux comme pour les hommes.

Je crains de trop allonger cette *note*. Je ne ferai donc plus que signaler sommairement ce que j'aurais à dire de l'éther, au point de vue des vibrations lumineuses.

Il n'y a de vide nulle part dans le monde. L'espace infini est rempli par quoi ? Par les émanations gazeuses et radiantes, qui se dégagent de la périphérie ou de l'atmosphère indéterminée de chaque corps tourbillonnant : étoiles, planètes et soleils, astres et astéroïdes de toute espèce. L'éther hypothétique de nos savants physiciens est donc, comme l'atmosphère terrestre, comme le sang humain, un amalgame indéfinissable de substances infiniment variable et variant sans cesse de position, de rapport et, par suite, d'activité et de qualités. C'est la gangue résultant du frottement universel de tous les mondes et de tous les atomes, qui évoluent les uns à côté des autres, s'attirant naturellement de tous les points de l'infini, suivant la loi découverte par Newton, de telle sorte qu'il ne peut y avoir aucun centre fixe d'attraction dans l'univers.

Qu'est-ce donc que la lumière solaire qui nous arrive avec une si foudroyante et inconcevable vitesse ?

Un choc colossal, rapide, répété, continu, qui émane d'une fournaise immense et met en branle tous les éléments subtils ou denses qui pivotent dans son orbe incommensurable.

Nous n'en avons qu'un rayon de cette lumière, et cela suffit pour nous faire vivre, pour nous éclairer et nous faire penser.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous connaissons les curieux phénomènes de la *flamme chantante*.

Mais voici qu'on fait servir les rayons lumineux à transporter et à communiquer au loin le son.

Voici que M. Graham Bell fait résonner des corps solides sous l'action d'un rayon lumineux intermittent.

Voici que M. F. Tyndall, surenchérissant sur les expériences si ingénieuses de son émule, étudie l'action mutuelle de la chaleur rayonnante sur les gaz et fait vibrer, résonner, chanter tous les gaz, chacun à sa manière, sous l'influence d'un simple jet de lumière intermittent, qui les frappe à travers les vides d'une plaque circulaire animée d'une grande vitesse.

Ces phénomènes inexpliqués et inexplicables avec l'hypothèse d'un fluide lumineux imbibant tous les corps de la nature: solides, liquides, gazeux, qui serait plus ou moins distinct du fluide calorique, puisqu'on est obligé d'admettre une distinction assez tranchée entre les phénomènes de la chaleur et ceux de la lumière, n'ont rien qui nous surprenne, quelle que soit l'admiration qu'ils nous causent, quand on les rattache à un simple mouvement vibratoire des substances, palpables ou impalpables, autrement dit : des corps, plus ou moins subtils, sous les chocs réitérés ou rares, rapides ou lents, d'autres corps et d'autres substances d'une constitution physique analogue.

La question de transmission de la lumière, de la chaleur, de l'électricité, du son et de la sensibilité, tant animale que végétale, se réduit donc exclusivement à un problème de mécanique, et doit se résoudre par l'étude des oscillations imprimées de proche en proche, de particule à particule, de molécule à molécule, aux corps heurtés par les corps heurtants, sans l'intermédiaire d'un fluide universel, qui serait répandu dans tout l'univers, ou de divers fluides spé-

ciaux qui seraient propres à certaines catégories d'objets.

Les physiciens de notre époque comprennent parfaitement que tout travail qui se manifeste par un mouvement, quelles que soient sa cause et sa nature intime, peut se traduire et s'évaluer par des actions et des formules mécaniques, mais ils n'ont pas encore établi entre tous les phénomènes de l'attraction et du mouvement universel le lien qui les rattache ensemble, et qui peut rendre compte de toutes les transformations dont ils sont susceptibles. Ils admettent encore des actions ou forces attractives et des actions ou forces répulsives, des fluides divers : lumineux, calorique, électrique, magnétique, nerveux, qui seraient tantôt à l'état passif, neutre ou latent, tantôt en activité, sans jamais cesser d'être présent dans le même être. Au principe universel d'attraction en raison directe des masses et progressivement inverse des distances, ils opposent une puissance contraire, une force d'expansion pour expliquer, par exemple, la diffusion des gaz et les effets de l'électricité, qui ne font nullement exception, comme je l'ai montré ailleurs (1), à la grande et immuable loi de Newton. Enfin, l'éther, selon eux, serait une entité à part englobant toute la nature sous les trois états, *statique*, *positif* ou condensé, *négatif* ou raréfié. Or, d'après nous, il n'y a dans tout cela et dans toutes ces circonstances qu'une *seule cause* : le mouvement, fille de l'attraction moléculaire à petite et à grande distance; un *seul mécanisme* : la vibration oscillatoire des corps.

Quant à la *nature intime* des substances diverses qui rend ces phénomènes mécaniques possibles, elle consiste dans

(1) *De Dageraad*, octobre et novembre 1880, Amsterdam. (*De Dageraad* est une revue hollandaise qui paraît tous les mois.)

la juxta-position directe et complète en tous sens, des atomes ou plutôt des agglomérats atomiques, qui constituent la matière, ou si l'on veut l'*essence propre* de tous les objets et de tous les êtres de l'univers.

Résumons-nous.

I. — Il n'y a de vide nulle part.

II. — Tous les corps dans leur continuité sont constitués par des agrégats d'atomes qui peuvent se présenter sous deux états distincts : dans l'un de ces états les particules ou atomes laissent entre eux des interstices qui sont remplis par les substances liquides, gazeuses ou radiantes qui les enveloppent accidentellement; dans l'autre, chaque atome n'est lui-même qu'une masse microscopique plus ou moins diffuse du corps lui-même, dont la densité va en augmentant de la périphérie au centre. Dans ce cas, il n'y a nul interstice entre ce que nous appelons les molécules, particules ou atomes. C'est ce qui doit avoir lieu pour les gaz et les liquides.

III. — Ainsi s'expliquent la propagation du son dans les gaz, les liquides et les solides sans l'hypothèse d'un fluide éthéré intermédiaire; et la propagation de la lumière, de l'électricité, du magnétisme terrestre, et de la sensibilité organique, sans l'intervention d'aucun fluide spécial, lumineux, électrique, magnétique ou nerveux.

IV. — Chaque impression animale due à l'exercice des organes des sens reproduit les qualités spéciales de l'agent provocateur, comme le téléphone transmet le timbre, les modulations, la tonalité et tous les caractères distinctifs des sons divers de la nature et de la voix propre à chaque sujet.

V. — Toute sensation n'est qu'un simple effet de *vibra-*

tions ou d'*oscillations* intimes des filets conducteurs répartis dans chaque organisme, vibrations qui, sous tous les rapports, sont isochrones avec celles des objets extérieurs ou intérieurs qui les produisent.

M. Melsens. — D'après la lecture que nous venons d'entendre, il semble que M. Boëns tranche nettement la question des forces naturelles, telle que nous l'entendons aujourd'hui en physique et en chimie. Or, cette question est des plus graves et on peut dire qu'elle n'est pas encore absolument résolue. Je n'ai pas à émettre une opinion personnelle sur cet objet; je constate seulement ces deux opinions diamétralement opposées: quelques philosophes, mécaniciens, physiciens et chimistes admettent qu'il n'y a pas de force sans matière; d'autres, au contraire, pensent que la force existe indépendamment de la matière, c'est-à-dire qu'elle est un principe distinct de la matière, et qu'il faut la considérer comme une entité et non comme le résultat du mouvement moléculaire. En un mot, la force comme la matière est un principe constitutif de l'univers, indestructible comme la matière elle-même.

Il y a cependant un premier point essentiel à considérer; je veux parler de l'atome matériel. Je prends une bille élastique, qui est certes composée d'atomes. M. Boëns admet-il l'existence de l'atome? Admet-il aussi que l'atome indivisible a une forme déterminée, immuable pour chacun des corps de la nature; qu'il ne se dilate pas par la chaleur, qu'il ne se contracte pas par le froid, etc.?

M. Boëns. — Non, c'est un agglomérat diffus; l'atome n'a pas de forme déterminée.

M. Melsens. — C'est une question que nous cherche rons à élucider.

M. Boëns. — Pour moi, l'atome n'est pas un corps déterminé, ni parfaitement défini ; mais nous le supposons tel, en chimie et en physique, pour établir nos explications théoriques. La matière étant infiniment divisible, l'atome est un agrégat, une espèce d'atmosphère diffuse qui se trouve en contact avec d'autres atmosphères également diffuses.

M. le Président. — Vous avez donné votre définition ; je continue la parole à M. Melsens.

M. Boëns. — Je ne veux pas en dire davantage pour le moment.

M. Melsens. — Vous dites que l'atome est infiniment divisible; il peut donc se réduire à un point mathématique; or, il a une masse, un poids défini, qui n'est pas le même dans les corps de nature différente; quelque minime qu'il soit, l'atome doit peser.

En fait, tout ce que nous savons en chimie et en physique nous enseigne que l'atome immuable doit exister et occuper un espace limité, invariable ; je vais essayer de vous le prouver.

M. le Président. — Parlez à l'Académie, M. Melsens; pas de colloque; l'assemblée vous écoute avec attention.

M. Melsens. — Il est évident que, dans la nature, rien ne se touche; cela résulte des propriétés générales de la matière qui est impénétrable, étendue, inaltérable ou éternelle, pesante et poreuse, ce qui implique son élasticité, sa compressibilité, sa dilatabilité, sa contractilité. Un atome est distant de tout autre atome; il en est séparé

par un vide ou pore. Or, je crois qu'il est tout aussi logique d'admettre que les forces sont indépendantes de la matière, que d'admettre qu'elles en dépendent directement ; on peut même très logiquement dire qu'elles existent non seulement dans le vide que les atomes laissent entre eux, mais de plus à l'infini en dehors de la matière des corps, c'est-à-dire dans l'espace vide. Qu'il me soit permis de revenir à l'exemple de la bille élastique. Si je prends cette bille et que je la laisse tomber sur un plan rigide, elle s'aplatit et en se déformant elle s'échauffe; elle rebondit ensuite, parce que la chaleur développée d'abord au moment de la déformation se transforme, comme on le dit généralement, en mouvement.

Cette seule expérience me permet de conclure que l'atome, qui n'est ni élastique, ni dilatable, ni contractile, est un objet réel et indépendant de toutes les forces qui l'entourent. Nommez ces forces chaleur, lumière, électricité, mouvement, elles sont toujours les mêmes ; elles se transforment, comme on le dit en général. Le mouvement, force d'attraction, se transforme en chaleur, en lumière, en électricité, et celles-ci peuvent se transformer à leur tour en mouvement.

D'après M. G.-A. Hirn, il serait plus correct et plus libre de toute hypothèse de dire qu'elles se substituent les unes aux autres, et que quand l'une se manifeste l'intensité de l'autre s'abaisse proportionnellement.

Je vais plus loin : parlant en chimiste, je demanderai à mon honorable confrère, M. de Koninck, ici présent, s'il admet l'existence du fluor ? Il me dira : Oui. Je lui demanderai ensuite si on a jamais isolé le fluor ? Il me répondra : Non.

Eh bien, je dis que, lorsqu'on admet que la force est inhérente à la matière, on se trouve exactement dans le cas du fluor combiné avec n'importe quel corps. On ne peut l'isoler, et cependant, de même que le chlore, le brome et l'iode, il doit avoir une existence indépendante ; nous pouvons le transporter d'une combinaison dans une autre, mais nous sommes aussi incapables de l'isoler convenablement, jusqu'aujourd'hui, que les physiciens de séparer les forces de la matière sur laquelle elles agissent cependant, et par le moyen de laquelle nous les étudions.

J'ai pris la parole, parce que j'ai cru comprendre que M. Boëns admettait qu'il était prouvé que la lumière, la chaleur, l'électricité et le magnétisme dépendaient de la matière, alors que d'autres philosophes — et je crois qu'ils ont raison — admettent que les forces existent indépendamment de la matière.

M. le Président. — Messieurs, je crois qu'il n'y a pas lieu d'ouvrir en ce moment une discussion sur la communication de M. Boëns. Cette discussion pourra avoir lieu ultérieurement si l'assemblée le juge à propos.

M. Boëns. — Ne m'est-il pas permis de dire quelques mots ?

M. le Président. — Non, vous avez donné lecture de votre travail ; vous pourrez répondre dans une autre séance aux observations de M. Melsens.

M. Melsens. — Je vous prie, M. le Président, de bien vouloir permettre à M. Boëns de répondre immédiatement.

M. Masoin. — Il est, dans tous les cas, trop tard pour aborder une autre discussion. *(Adhésion.)*

M. le Président. — Si tout le monde est d'accord, j'accorderai la parole à M. Boëns.

M. Boëns. — Messieurs, ma réponse ne sera pas longue, et je crois qu'elle ne nécessitera pas une réplique. Je n'entends pas imposer mes opinions à personne. Je vous ai dit, avant de lire ma *note*, que je n'avais pas la prétention de vous apporter des vues nouvelles, mais que je voulais concourir à faire adopter dans notre langage scientifique plus de clarté et plus de précision. D'autres que moi ont émis dans la science avec plus ou moins de réserve des principes analogues à ceux que je viens d'exposer....

M. Warlomont. — Eh bien alors?

M. Boëns. — Permettez-moi d'achever ma phrase. Je ne puis tout dire à la fois, je commence seulement à m'expliquer.

M. le Président. — N'interrompez-pas.

M. Boëns. — Je n'ai à revendiquer d'autre mérite que celui d'avoir généralisé et appliqué à toute matière des notions éparses, incomplètement exprimées dans les annales de la science et qui sont loin d'être adoptées par la majorité des savants.

Mon honorable contradicteur, M. Melsens, vient de déclarer que, dans la nature, rien ne se touche. Eh bien, nous, nous admettons que tout se touche, au contraire, dans la nature; qu'il n'y a de vide nulle part et que les atomes, en nombre déterminé et défini, n'ont été imaginés par les physiciens et les chimistes que pour faciliter l'exposition de leurs théories, pour donner un corps à leurs principes et à leurs formules.

Où s'arrêtent les atomes? Les chimistes et les physiciens les ont-ils comptés? Nous disons, nous, qu'il n'y a pas de limites à l'atome. Ces limites n'existent que dans l'esprit des savants.

Pour nous, messieurs, qui voulons apporter plus de netteté dans l'étude de la matière et de ses propriétés, nous commençons par prétendre que la force n'est pas indépendante de la matière, qu'il n'y a pas de matière sans force, ni de force sans matière, et que celle-ci est divisible à l'infini. Pouvons-nous vous le démontrer? Pouvons-nous prouver à ceux qui contestent ces principes qu'ils ont tort? Mais non : ce sont des vues un peu plus philosophiques, un peu plus abstraites que celles de nos savants devanciers, mais qui nous paraissent mieux répondre à la nature des choses et à l'état de la science, que l'hypothèse des atomes déterminés et des *propriétés* distinctes de la *substance*. Nous sommes donc en présence de deux systèmes opposés.

Les atomes ont une existence réelle, ils sont limités, ils ne vont pas au delà d'une certaine dimension et d'un certain poids. Voilà le premier système que M. Melsens vient d'exposer et qu'il défend.

Ma théorie, à moi, est celle-ci : les atomes sont infinis; il n'y a pas de limite à l'atome; chaque atome des chimistes et des physiciens est un agrégat, une atmosphère diffuse, une nébuleuse, si vous voulez, qui est soumise comme tout ce qui existe à la loi d'attraction universelle découverte par Newton; c'est-à-dire que les agrégats sont d'autant plus denses qu'on se rapproche davantage de leur centre, et que par leur périphérie les atomes se touchent, se pénètrent en partie les uns les autres.

La bille élastique que M. Melsens invoque à l'appui de sa doctrine n'est pas une difficulté pour la nôtre. Dans le mouvement de percussion qu'elle subit, qu'arrive-t-il? Un choc, une violence extérieure, agit sur les masses atomiques; celles-ci se rapprochent et par suite de ce rapproche-

ment des vibrations ou des attractions multiples se développent.

L'étude de ces attractions multiples sur des masses atomiques infinitésimales ressort des mathématiques, et pour les déterminer, aussi bien que pour déterminer les mouvements des astres immenses qui évoluent dans l'espace, il faudrait faire intervenir le calcul différentiel et intégral.

M. Warlomont. — Oh ! oh !

M. Boëns. — Il n'y a pas de : oh ! oh ! Je ne veux pas transformer l'Académie en une assemblée de mathématiciens, croyez-le bien. Je l'ai dit avant de lire ma *note* : je me borne à exposer sommairement une théorie; pour la développer, il faudrait entrer dans des considérations scientifiques très étendues, qui exigeraient un long mémoire. Je comprends d'ailleurs que ce n'est pas dans cette enceinte qu'une semblable question doit être examinée à fond. J'ai cru intéressant et digne de vous de venir vous donner connaissance de ma note. Je laisse à la science positive et aux recherches nouvelles des savants la mission de décider qui a raison : ou des *atomistes purs*, ou des hommes qui, comme moi, pensent que la force est inhérente à la matière; qu'elle est sa modalité, son essence, sa raison d'être?

Il n'y a pas même, suivant moi, de *force et matière* ou *matière et force;* il n'y qu'une chose, une seule qu'il faudrait exprimer par un seul mot : *matière-force.*

M. le Président. — C'est la théorie de Buchner.

M. Boëns. — Oui, mais puisque Buchner l'a défendue, je puis bien la soutenir.

M. le Président. — Certainement.

M. Boëns. — Je ne veux pas prétendre que nous de-

devons l'*imposer* à la science; mais notre devoir, comme notre droit, c'est de l'*exposer* devant les savants.

M. le Président. — Naturellement, on ne peut imposer à la science que les vérités démontrées et bien saisissables.

M. Melsens. — Il est entendu que je ne puis répliquer aujourd'hui ?

M. le Président. — Au contraire, j'espère bien que la discussion sera épuisée dans cette séance. Vous avez la parole.

M. Melsens. — Parmi les physiciens et, je dirai plus, parmi les philosophes les plus considérables de notre époque, figure incontestablement M. G.-A. Hirn, associé de l'Académie royale des sciences. Eh bien, ce savant s'est demandé si réellement l'atome existe. Or, le doute que vient d'émettre M. Boëns, sur l'existence de l'atome, disparaît complètement dès l'instant qu'on admet que les combinaisons chimiques se font en proportions définies. Peu m'importe que vous appeliez l'atome un agrégat, une particule visible : ce que vous ne détruirez pas, c'est que l'hydrogène se combine avec l'oxygène dans le rapport de 1 à 8 pour former 9 en poids d'eau. Or, avec un agrégat d'atomes, divisibles à l'infini, vous n'arrivez absolument à rien ; la combinaison chimique se ferait très probablement en toute proportion si la matière était divisible à l'infini, et nous n'observerions pas ces rapports constants dans les combinaisons chimiques.

Mais je vais plus loin : admettez-vous que l'hydrogène possède un coefficient de compressibilité et un coefficient de dilatation ? Oui, nécessairement.

Je prends de l'hydrogène à 0°; je le renferme dans un

appareil dont j'admets que les parois sont inextensibles ; je le chauffe à 273°C et par suite mon hydrogène a doublé de volume. Si je l'empêche de doubler de volume, la pression qu'il exerce sur les parois de l'appareil qui le renferme aura doublé, sera deux fois plus forte.

De deux choses l'une donc : ou bien il double de volume, ou bien la paroi dont je viens de parler supporte une pression double.

Mais je fais l'expérience inverse : au moyen de mélanges réfrigérants d'acide carbonique solide, d'éther, etc., je refroidis à 140°C sous zéro, et qu'observons-nous? Nous observons pendant ce temps une diminution proportionnelle, ou dans la pression exercée sur les parois, ou dans le volume du gaz ou du corps considéré.

Or, je me demande jusqu'où je pourrai aller? Connaissant le coefficient de dilatation du gaz, c'est-à-dire 1/0,003665 ou 1/273 pour 1° C je puis dire que je pourrai diminuer le volume de mon gaz hypothétiquement jusqu'à cette fraction-là seulement ; et quand je calcule cette fraction, je trouve qu'à moins de 273° C sous zéro, le gaz n'exercera plus aucune pression, quel que soit du reste son volume.

Que cela soit absolument réalisable, je ne le prétends pas; mais le calcul suffit pour nous autoriser à dire que la température d'un corps ne peut pas s'abaisser indéfiniment. Elle s'arrête à moins de 273° C, et à ce degré toute chaleur a disparu dans le corps.

Admettons donc, avec tous les physiciens qui se sont occupés de thermodynamique, comme prouvé qu'il existe un 0° absolu de température; or, nous devons nous rappeler que, d'après les principes de cette science, il y a un

rapport défini et constant entre la chaleur disparue et le mouvement détruit ou dépensé. Les principes de la thermodynamique sont absolument prouvés aujourd'hui.

Voici comment M. G.-A. Hirn raisonne :

« Supposons que l'on ait comprimé un corps quelconque de manière à réduire son volume de moitié, par » exemple, et qu'on l'ait amené au zéro absolu. Si, dans cet » état de choses, on diminue graduellement la pression que » supporte le corps, le volume, par hypothèse, recommencera à croître et reviendra, quand la pression sera devenue nulle, à la valeur qu'il eût prise s'il avait été refroidi » sans être comprimé. Pendant cet accroissement de volume, le corps surmontera graduellement la pression à » laquelle il est encore soumis : il se produira donc un » travail mécanique externe. Mais il ne peut plus se produire de refroidissement, puisque le corps est au zéro » absolu. Un corps amené à ce zéro pourrait donc rendre » ou consommer du travail sans changer de température. » Mais remarquons que si la tendance du corps comprimé » à reprendre son volume est due, en totalité ou en partie » seulement, à une autre cause qu'à la chaleur qu'il renferme » ou, en d'autres termes équivalents : que si un corps constitue une totalité ou renferme seulement une partie qui, » au zéro absolu, peut donner ou recevoir du travail sans » changement de température, cette totalité ou cette partie » sera aussi compressible à toute température sans qu'il » en résulte un échauffement. Et dès lors il ne pourrait » évidemment plus exister un rapport défini et constant » entre le travail qu'on dépense en comprimant un corps, et » la chaleur que cette compression développe dans le » corps.

» L'hypothèse dont nous sommes parti est donc fausse, » et nous devons conclure de là :

» *Que la partie qui forme la masse d'un corps occupe dans* » *l'espace un volume immuable et que, par conséquent, elle est* » *la somme des parties indivisibles, incompressibles. L'élément* » *matière, en un mot, est constitué par des atomes finis, très* » *petits, mais non infiniment petits. Et le volume apparent* » *qu'un corps occupe, pour nous, n'est autre chose que la* » *somme des volumes immuables des atomes, plus ceux des* » *intervalles variables qui les séparent* (1). »

En résumé, je pense qu'il est permis de conclure à l'existence de l'atome fini et indivisible constituant la matière, et d'admettre que les forces : attraction, chaleur, lumière et électricité sont des entités absolument indépendantes de la matière, et, comme conséquence de tout ce qu'il y a de mieux prouvé en science, que ces forces sont capables de lui communiquer du mouvement ou de la ramener au repos. De plus, il est admis et prouvé que les forces comme la matière sont indestructibles par les moyens dont nous disposons.

M. Boëns. — Un dernier mot. J'admets tous les phénomènes signalés par M. Melsens, seulement je les explique d'une autre façon ; mais, comme je l'ai dit et comme vient de le reconnaître l'honorable membre, nous ne sommes pas dans les conditions voulues pour discuter à fond ce problème.

Je donne donc rendez-vous à M. Melsens dans le *Dageraad*, revue hollandaise qui paraît tous les mois et qui s'est déjà occupée de cette question. Ce journal est écrit en hollan-

(1) HIRN. *Conséquences philosophiques et métaphysiques de la thermodynamique*, page 210.

dais, mais il ouvre généreusement ses colonnes aux savants étrangers qui veulent bien lui envoyer leurs études.

Que ceux qui s'intéressent à cette question se donnent rendez-vous dans le *Dageraad*, et j'espère qu'il sortira de leurs discussions de nouvelles lumières, comme il en jaillit toujours des débats qui s'élèvent sur des controverses scientifiques entre gens qui s'estiment et qui n'ont de passion que pour la vérité.

M. Melsens. — Je tiens à bien constater que je n'ai pas exprimé mon opinion personnelle. Ce sont les opinions de M. Hirn et de beaucoup d'autres savants, concernant la constitution élémentaire de l'univers ; elles méritent à plus d'un titre de fixer l'attention des savants, quels qu'ils soient, qui s'occupent de la recherche de la vérité. Elles ont une portée philosophique des plus élevées, car franchement tranchées, consciencieusement discutées, elles amènent fatalement les hommes de science à accepter l'une ou l'autre des trois grandes doctrines qui divisent et diviseront longtemps encore, sinon toujours, les philosophes et les penseurs : le spiritualisme, le panthéisme et le matérialisme.

Peu importent les opinions personnelles; mais il me semble qu'il est bien permis d'avouer qu'on penche franchement du côté du spiritualisme.

M. Boëns. — C'est votre droit.

M. le Président. — Je pense que l'Académie est suffisamment édifiée sur cette question dont la discussion, d'après les orateurs eux-mêmes, ne peut aboutir ici. M. Boëns a cité un journal disposé à ouvrir ses colonnes à cette discussion ; dans ces conditions, je crois que nous pouvons clore le débat. *(Adhésion.)*

V. — MOTION D'ORDRE.

M. Martin rappelle que l'Académie a délégué l'un de ses membres au *Congrès international de l'alcoolisme* qui s'est réuni en août dernier à Bruxelles, et demande qu'elle charge maintenant ce membre ou un autre de lui faire un rapport sur le compte rendu des travaux dudit Congrès, dont il dépose deux exemplaires.

Après un échange d'observations entre M. le Président, MM. Martin, Thiernesse, Warlomont et Depaire, l'assemblée décide qu'il appartient au membre qui a été délégué au Congrès de faire à la Compagnie, s'il le juge utile, une relation succincte des délibérations de cette Association.

VI. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à 2 heures, l'Académie procède à l'élection de 14 membres à présenter à M. le Ministre de l'Intérieur pour la nomination du jury du concours quinquennal des sciences médicales (période de 1876-1880).

Sont élus : MM. R. Boddaert, Crocq, Degive, Deneffe, Depaire, Janssens, Kuborn, Lefebvre, Masius, Masoin, Michaux, Thiernesse, Thiry et Warlomont.

La compagnie reçoit ensuite communication d'une dépêche, en date du 21 février 1881, par laquelle M. le Ministre de l'intérieur l'informe qu'il approuve ses résolutions, relativement au nouveau concours concernant les *maladies des centres nerveux*, etc., et elle décide que le programme de ce concours, qui a paru dans le procès-verbal de la précédente séance, sera reproduit dans le Bulletin, avec les questions et les conditions de tous les concours.

Voici ce programme général :

1879-1881.

— Faire une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage — étiologie, symptomatologie, nature et traitement — chez les animaux domestiques, et joindre autant que possible à la réponse des pièces d'anatomie pathologique, à l'appui des opinions qui seront établies (*question reprise du précédent programme*).

Prix : Une médaille de 800 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *mai* 1881.

1879-1882.

— Déterminer la nature de l'influence de l'innervation sur la nutrition des tissus.

Prix : Une médaille de 1,000 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *janvier* 1882.

1880-1882-1883.

— Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal (*question reprise du programme de* 1877-1879).

Prix : Une médaille de 600 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *février* 1882.

— Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles.

Prix : Une médaille de 2,000 *francs. — Clôture du concours :* 1^er^ *janvier* 1883.

1881-1883.

(Prix fondé par un anonyme.)

Elucider par des faits cliniques et au besoin par des

expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix : 8,000 *francs. — Clôture du concours :* 31 *décembre* 1883.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

CONDITIONS DES CONCOURS.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en francais ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Seront exclus du concours :

1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées ;

2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ;

3° Ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant ;

4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe répé-

tée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat.

Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an.

Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

L'Académie accorde gratuitement, au auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

N. B. Les membres titulaires et honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours:

— La séance est levée à 2 heures trois quarts.

RAPPORT sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Couthuin depuis le 1er août jusque vers vers la mi-octobre 1879. — Délégués de la commission médicale de la province de Liége : MM. CHANDELON, RAIKEM et PUTZEYS, rapporteur.

Couthuin est à 3/4 de lieue de Héron, à 2 l. O. N. O. de Huy, sur la rive gauche de la Meuse, et borné au Nord par Lavoir.

I. — Topographie.

Nature du sol de la commune. — La commune de Couthuin est très vaste ; elle comprend le village de Couthuin et les hameaux de sur le Mez, de Wankériffe, d'Envoz, de Marsinne et sur les Trixhes. Le sol de la commune est généralement sec, sauf une faible partie voisine de la Meuse, au hameau de Wankériffe. Le territoire est entrecoupé de collines ; le terrain est en grande partie argileux ; il en existe de sablonneux et de rocailleux. On trouve à Marsinne le fer sulfuré, le fer oxydé hydraté, la craie blanche, la dolomie.

Hameau sur le Mez. — Au point culminant de Couthuin, se trouve le plateau du Mez, situé à 135 m. au-dessus de l'orifice de la galerie de Java, qui traverse du S.-E. au N.-O. la concession des propriétaires de la surface (Couthuin), et à 13 m. au-dessus de la chapelle des Trixhes. Sur le plateau gît un vaste dépôt diluvien composé de limon, de sable, d'argile, de cailloux roulés, etc., à fond imperméable, renfermant beaucoup d'eau et recouvrant la partie orientale de ce hameau. Ce dépôt repose entièrement sur les têtes des bancs de grès et de schiste du terrain houiller

incliné vers le Sud-Est, à 20° en moyenne, et il a une direction S.-O.-N.-E. (v. Hydrographie.)

Hameau Sur les Trixhes et Basses-Trixhes. — La composition du sous-sol est la même qu'au hameau Sur le Mez; mais il n'est généralement recouvert que d'une faible épaisseur de terrain quaternaire; celui-ci manque même en certains points où les roches houillères affluent (1).

Altitudes des villages et hameaux appartenant à la commune de Couthuin. — Points de comparaison. — Niveau de la Meuse au-dessus du niveau de la mer :

Au pont d'Andenne, 83 m. 59.
Id. de Huy, 86 m. 85.
A l'écluse à Sas devant Reppe, 73 m. 75.
Bourrie (bord de la Meuse), 73 m. 75.
Couthuin, est entre 160 m. et 170 m.
Château d'Envoz, 166 m. 60.
Château de Mélotte, 166 m. 60.
Chavée, 170 et 180.
Envoz, 150 et 175.
Frénia, 150 et 170.
Géron (bord de la Meuse), 73, 75 et 120.
Jonkeu, 150 et 160.
Longpré, 115,95 et 125-160.
Marsinne, 150 et 170.
Marée, 150.
Reppe (bord de la Meuse), 73,75 et 77,61 (chapelle).
Sur le Mez, 170 et 219-90 (chapelle).

(1) La carte géologique de Dumont montre que cette commune est sur le terrain primaire anthracifère, système eifelien calcareux. — Id. condrusien calcareux. — Id. houiller. — Id. coblentzien, grès, et aussi terrain quaternaire. — Id. système diluvien, limon hesbayen, et système moderne, alluvions.

Sur les Trixhes, 160 et 175.

Wankeriffe, 73,75 et 75.

Configuration. — Les parties orientales et septentrionales sont à peu près planes; les parties du centre, du midi et de l'ouest sont assez montagneuses.

Exposition. — Les maisons sont bâties, la plupart au sommet et sur les deux versants d'une colline, dont l'un opposé au Sud et l'autre au Nord.

Mode de culture ; drainage. — Le sol est cultivé comme généralement partout en Hesbaye : froment, seigle, avoine, orge, méteil, épeautre, fourrages, légumes.

Le drainage y est insignifiant, le sol étant généralement sec.

Industries. — On y exploite la houille et le fer.

Forêts. — Le versant Sud de la colline, vers la Meuse, est presque entièrement boisé : les 2/9 du sol environ sont boisés.

II. — Hydrographie.

Cours d'eau. — Il n'existe de cours d'eau que sur le versant méridional de la colline qui est entièrement boisé; trois ruisseaux se jettent dans la Meuse; ils ne baignent que le hameau de Wankériffe, de 240 habitants, situé sur le bord du fleuve; les autres parties de la commune n'ont pas de cours d'eau, sauf le hameau de Longpré dont une petite partie est traversée par le ruisseau de Fosseroule.

Débordements; irrigations. — Néant.

Stagnation des eaux; marais, etc. — Les eaux ne stagnent sur aucun point, sauf dans les bas prés de Wankériffe, vers la Meuse, lesquels sont submergés pendant une grande partie de l'année; mais cette petite partie de la commune

est séparée des autres hameaux par des bois d'une grande étendue.

Qualité des eaux servant à l'alimentation ; état des fontaines, abreuvoirs, etc. — Nous donnons ici un aperçu aussi complet que possible sur les sources et les puits qui servent à l'alimentation de Couthuin et de ses hameaux; nous nous réservons de faire une étude particulière de la qualité de ces eaux, au § VIII.

Les hameaux de Wankériffe, d'Envoz et de Sur le Mez sont pourvus de couches d'eau souterraine. Ceux de Marsinne et de Couthuin sont pourvus d'eau, au moyen de fontaines publiques, alimentées par des tuyaux souterrains descendant du plateau de Sur le Mez. Le hameau de Sur les Trixhes ne possède pas de couche d'eau souterraine.

Les fontaines et les abreuvoirs sont dans de bonnes conditions, mais ne suffisent pas à l'alimentation.

Au § I nous avons décrit la composition *du sol de Sur le Mez*. C'est du réservoir de ce hameau, alimenté par les eaux pluviales et isolé du contact direct des eaux du sous-sol par un lit d'argile imperméable, que sortent les sources dites: Fontaine forte, Hayes, Fontaine aux couleuvres, Fontaine Magritte, et qui ne tarissent pour ainsi dire jamais.

C'est également dans ce réservoir que sont établis les puits et les prises d'eau qui alimentent les fontaines publiques de Couthuin et de Marsinne, ainsi que la ferme de Cormant.

Le puits communal, profond de 8 m., qui fournit l'eau à la fontaine communale de Couthuin; le puits Daubremont, profond de 10 m. 8, et la prise d'eau de la fontaine communale de Marsinne, située près de l'église de Couthuin,

sont donc alimentés par la nappe d'eau du dépôt diluvien de Mez, dont il vient d'être question (1).

Les puits creusés vers l'ouest, en dehors de ce réservoir, dans le terrrain houiller même, tarissent ou ne donnent plus que de faibles quantités d'eau, pendant les époques de sécheresse; ils sont alimentés par les eaux des grès et roches avoisinants.

Les puits des hameaux de *Sur les Trixhes et Basses-Trixhes* sont creusés dans le schiste houiller; la plupart ne donnent qu'une faible quantité d'eau, ou même tarissent. Cependant, aux Basses-Trixhes, la source du *Fond-du-ry* donne de l'eau très pure et en abondance; cette eau provient d'une galerie creusée dans le versant sud du ravin.

Hameau d'Envoz. — Sa côte moyenne est de 97 m. au-dessus de l'orifice de la galerie de Java. Il possède de bons et nombreux puits, qui tirent leur eau, vers le nord, du terrain houiller et, vers le sud, d'un petit bassin argilo-sablonneux.

Les puits de A. Fastré, profond de 19 m. 45; de E. Dony, profond de 12 m.; de A.-F. Graftiau, profond de 21 m., situés sur les Trixhes, sont creusés dans une bande de schiste houiller, entre deux bancs de grès. Sauf ceux qui sont ouverts dans le dépôt diluvien de Mez, les puits sont généralement creusés dans le terrain houiller.

III. — Météorologie.

Vents qui règnent habituellement. — Vents du Nord et du Sud-Ouest. — *Vents qui ont régné pendant la durée de l'épidémie.* — Le vent du Sud-Ouest a été dominant.

(1) Ces derniers documents ont été fournis par M. l'ingénieur Beaujean.

Existence abondante ou absence de pluies. — Les pluies ont été excessivement abondantes, surtout dans la quinzaine qui a précédé l'apparition de l'épidémie. (v. § VIII.)

Température habituelle de la localité. — Elle est comme partout ailleurs en Belgique; il n'y a rien à noter sur ce point.

Température pendant la durée de l'épidémie. — Très élevée et étouffante, surtout au début de la maladie.

Phénomènes météorologiques divers; orages. — Presque nuls pendant la durée de l'épidémie.

IV. — Hygiène publique de la localité.

Les chemins sont généralement en bon état et sont bordés de fossés d'assainissement; seulement, en ce qui concerne le fond du village de Couthuin, où l'épidémie a particulièrement régné, le fossé d'écoulement des eaux pluviales, qui traverse ce village, reçoit les eaux d'infiltration du cimetière communal, situé dans le dit village, à 2 ou 3 m. au dessus du niveau de la route et des fossés qui la bordent.

Les places publiques sont à peu près nulles; la place communale de Sur les Trixhes, située sur une hauteur, est très salubre.

Les *édifices publics*, *l'église* notamment, de construction récente, est très spacieuse et bien aérée, distante de 125 m. environ du cimetière. Les maisons, bien bâties, à l'exception de quelques-unes qui sont mal construites et mal aérées, présentent un air d'aisance et de propreté.

La capacité cubique de la salle unique de l'*école* de Sur les Trixhes, est de 400 m. cubes; cette salle est fréquentée tout au plus par 165 élèves; les moyens de ventilation con-

sistent dans l'ouverture d'un vasistas à chacune des deux fenêtres; la salle est chauffée par un seul poële en fonte. Il existe également à Couthuin une école privée de filles. Cette école comprend deux salles, et est fréquentée par plus de 200 élèves; la capacité cubique de ces deux salles ne dépasse pas 500 m. cubes. Même système de ventilation et de chauffage que dans l'école communale.

Cimetière. — Le sol du cimetière situé au centre du village de Couthuin, environné d'une dizaine d'habitations, contigu au mur de la ferme Prud'homme, séparé des autres maisons par une route large de 10 à 12 m., est composé de terre argileuse, assez compacte, retenant les eaux pluviales pendant une bonne partie de l'année. Il est de 2 ou 3 m. plus élevé que la route qui longe le cimetière. Le mur de soutènement, qui est construit de forts moëllons, serait infailliblement renversé par la poussée des eaux d'infiltration, si on n'y avait ménagé des ouvertures de drainage, par où s'écoulent les eaux contenant des produits de la macération cadavérique. Ces eaux sont une cause permanente d'insalubrité pour les habitants du Bas-Couthuin.

En ce qui concerne le cimetière, M. Chandelon n'a pu se mettre d'accord avec ses collègues; voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Population : 3,242.
» Naissances (moyenne décennale) : 87.5.
» Décès (moyenne décennale) : 55.6.
» Excédant des naissances (moyenne décennale) : 31.9.
» Par 100 habitants :
» Naissances, 2.70.
» Décès, 1.71.

» Excédant des naissances, 0.99.

» *Cimetière.* — Superficie totale : 3,270 m.

» Superficie nécessaire annuellement : 55.6 × 2.2 = 122 m. 32.

» Renouvellement des fosses (durée de l'inhumation) : 26 1/2 ans.

» Année moyenne, la pluie, la neige fondue, etc., que la terre reçoit en Belgique, représente une hauteur de m. 0.726 au pluviomètre. Le cimetière de Couthuin recevrait, d'après cela, par an, 2,374 m. d'eau, ou par mètre superficiel 726 litres.

» Or, comme tous les corps poreux, les terres absorbent beaucoup d'eau, laquelle, revenant par capillarité à la surface, s'évapore rapidement. C'est donc à tort, selon moi, que le rapport dit :

» *Que le mur de soutènement serait infailliblement renversé* » *par la poussée des eaux d'infiltration, si on n'y avait ménagé* » *des ouvertures de drainage, par où s'écoulent les eaux qui* » *contiennent des produits de la macération cadavérique.*

» Le pharmacien de Couthuin m'a positivement déclaré qu'il n'avait jamais observé d'écoulement d'eau par les barbacanes du cimetière, et je le crois facilement, d'après ce qui est dit ci-dessus. »

MM. Putzeys et Raikem maintiennent leur opinion au sujet de l'insalubrité notoire du Bas-Couthuin, produite par les infiltrations qui se font à travers le mur de soutènement du cimetière, et en effet ce lieu de sépulture, qui n'est pas même entouré de murailles dans les trois-quarts de sa superficie, est au pied d'un terrain en pente, dont le sous-sol est argileux.

Pendant les fortes pluies, une partie des eaux coule à la

surface du terrain pour s'accumuler dans le cimetière, dont les terres seraient infailliblement emportées, s'il n'y avait, du côté du chemin, une sorte de contrefort dans lequel l'architecte a eu la précaution de ménager des ouvertures pour l'écoulement des eaux.

Quant au dire de M. le pharmacien Moreau, nous ne pouvons le prendre en considération.

La superficie du cimetière est de 32 ares 70 centiares. — Les inhumations s'y font pêle-mêle et sans ordre.

V. — Hygiène des habitants.

État des habitations, etc. — Sauf quelques exceptions, les habitations sont assez proprement tenues ; elles sont bâties en pierres, en briques et en bois; celles du fond de Couthuin ne sont pas assez espacées; le groupe de maisons en face du cimetière, surtout, sont mal construites et mal aérées; elles ont, en outre, dans leurs cours des fosses à fumier et à purin, qui reçoivent les eaux ménagères, etc.

Nourriture des habitants. — Elle a été la même avant et après l'épidémie : elle se compose principalement de pain, de pommes de terre, de viande de porc, et comme boissons, de café, d'eau et de bière pour une bonne partie.

Les habitants sont vêtus comme tous les villageois, et se livrent ordinairement aux travaux des champs; d'autres travaillent dans les mines, etc.

Les soins de propreté corporelle laissent à désirer chez une certaine catégorie d'ouvriers.

L'instruction est peu avancée; le tiers des habitants savent signer.

VI. — Population.

La population est de 3,242 habitants, dont 1,631 hommes et 1,611 femmes.

Naissances. — 1869 : 70; — 1870 : 92; — 1871 : 73; — 1872 : 99; — 1873 : 103; — 1874 : 106; — 1875 : 90; — 1876 : 77; — 1877 : 81; — 1878 : 84. — Moyenne décennale : 87.5.

Décès. — 1869 : 40; — 1870 : 67; — 1871 : 51; — 1872 : 76; — 1873 : 66; — 1874 : 73; — 1875 : 48; — 1876 : 59; — 1877 : 48; — 1878 : 48. — Moyenne décennale : 55.6.

Différence : 87.5 — 56.6 = 31.9.

Chiffre des indigents. — Le chiffre des indigents est considérable; on ne les a jamais comptés.

Le revenu du bureau de bienfaisance est de fr. 52.32

L'organisation du service médical et pharmaceutique des indigents, avant et pendant l'épidémie, a été laissée à l'initiative de chacun d'eux, sauf les secours accordés par la commune et par les personnes charitables.

VII. — Épidémies antérieures; endémies.

Chaque année, depuis dix ans, on voit apparaître dans certaines parties de la commune, et principalement dans le hameau de Sur le Mez, des cas de fièvre typhoïde, de variole, de rougeole, parfois assez fréquents pour constituer de véritables épidémies. Mais depuis de nombreuses années le village de Couthuin, centre de la commune, n'avait eu ni épidémies, ni maladies endémiques. Mais, en 1879, sur 200 habitants, dont se compose cette section de la commune, 50 à 60 personnes ont été atteintes du typhus, pour

ainsi dire en même temps. Cela démontre qu'un fait exceptionnel a dû se produire tout à coup, et, chose remarquable, c'est dans la partie la plus éloignée et la plus élevée de la commune, en amont du cimetière, que le fait a dû prendre naissance.

VIII. — Maladie actuellement régnante.

Désigner la maladie d'après la nomenclature usitée dans les livres classiques ; sa synonymie, et, s'il y a lieu, les opinions diverses des médecins traitants sur la nature de l'affection. — Fièvre typoïde; typhus abdominal; dothiénentérie, etc.

Causes prédisposantes. — Nous les trouvons dans l'oubli des règles de l'hygiène publique et privée, que l'on remarque à Couthuin, comme dans le plus grand nombre des centres agricoles : dépôts de fumier devant les maisons et le long des rigoles des chemins, dépôts dont les pluies entraînent le purin dans toutes les directions, surtout dans les bas-fonds, comme celui où est situé le village de Couthuin.

Ajoutons l'absence de latrines dans la plupart des maisons, ce qui augmente nécessairement l'insalubrité de la voirie, et l'encombrement d'un bon nombre d'habitations.

Mais c'est surtout le cimetière de Couthuin qui a attiré notre sérieuse attention. Nous ne reviendrons pas sur la description que nous en avons donnée plus haut; nous l'avons visité plusieurs fois et nous avons été de plus en plus convaincus qu'il offrait un danger permanent pour la santé publique. Que l'on se reporte aux pluies torrentielles qui ont marqué les journées des 21, 22 et 23 juillet 1879, suivies de chaleurs tropicales, et l'on reste convaincu qu'un lieu de sépulture séculaire, saturé de produits de la macé-

ration cadavérique, situé à un niveau supérieur et à quelques mètres de distance de nombreuses habitations, a dû imprégner tout le sol voisin des produits de décomposition et le rendre, par suite, éminemment favorable au développement et à la multiplication du germe typhoïde.

Il n'est plus permis de douter aujourd'hui que l'air du sous-sol ne pénètre en quantité notable dans nos habitations, et nous sommes ainsi amenés à admettre que cet air peut, dans certaines circonstances, être le véhicule d'organismes infectieux, parmi lesquels, très probablement, il faut compter le germe typhoïde. Nous croyons devoir indiquer cette possibilité sans y insister davantage, étant plutôt disposés à admettre que l'infection de l'eau potable a joué un grand rôle dans l'explosion épidémique de Couthuin.

Causes déterminantes. — La cause déterminante est, selon nous, l'altération des eaux alimentaires. Pour démontrer ce fait, nous croyons devoir faire apprécier l'état des lieux, tel que nous avons été à même de l'observer. Les constatations suivantes ont été faites au commencement du mois de septembre. Nous indiquerons en premier lieu le résultat des investigations faites par M. le professeur Chandelon.

Le mois de juillet 1879 a été extraordinairement pluvieux. Il n'est pas inutile d'indiquer ici quelques observations météorologiques. (v. annexe 1.)

Du 2 au 16 juillet (14 jours), la pluie n'a pas cessé. Les 21, 22 et 23, elle a été très abondante.

Le pluviomètre a donné, savoir : Le 21, $24^{mm}6$; — Le 22, $24^{mm}0$; —Le 23, $21^{mm}5$.

Soit environ 23 litres d'eau par mètre carré et par jour.

L'épidémie a pris naissance vers le 1er août, chez le sieur Daubremont, a frappé presque successivement tous les mem-

bres de la famille et a persisté jusqu'au mois d'octobre. L'habitation du sieur Daubremont (v. plan, annexe 4) est située à Sur le Mez, au lieu dit Prâvée, au point culminant de la commune et à 1,600 m. environ de Couthuin.

Dans l'avant-cour de cette habitation, se trouvent :

1° A gauche de l'entrée, un puits de 9 m. 70 de profondeur. On avait accumulé, contre sa margelle, des cendres mélangées de détritus organiques de toutes sortes, y compris des matières alvines, de vieux cataplasmes, etc. Ce puits a d'ailleurs été construit dans de mauvaises conditions : avant d'être achevé, un éboulement s'est produit et on a comblé le vide au moyen de bois verts, de fagots, de paille, etc.

2° A droite, un fosse à fumier, communiquant avec la rigole qui longe le puits de l'habitation; cette rigole déverse ses produits dans la terre voisine, où se trouve le puits communal qui alimente les fontaines de Couthuin et qui a 9 m. 60 de profondeur.

L'épidémie s'est déclarée à Couthuin vers le 9 août. Comme nous l'avons dit, c'est le point le plus bas de la commune. Les eaux alimentaires y sont amenées par des conduits en plomb partant du puits susmentionné (v. plan, annexe 4), creusé à une vingtaine de mètres de la maison de Daubremont et à 10 m. de sa fosse à fumier. L'orifice de ce puits est à quelques décimètres sous terre; la maçonnerie supérieure est perméable et laisse pénétrer l'eau des terres qui l'environnent; la configuration du terrain est telle que les liquides provenant de la rigole qui longe la propriété de Daubremont peuvent souiller les eaux du puits.

Analyse des eaux faite par M. Chandelon 25 août, 5 septembre et 10 octobre) :

« Le chlorure d'or et le permanganate de potassium ont décelé dans l'eau du puits de Daubremont la présence de matières organiques ; un litre décolore 6 mm. de permanganate de potassium ; le microscope y fait découvrir la présence de nombreux organismes animés ; l'eau marque à l'hydrotimètre 28 1/2 degrés. Le sulfhydrate d'ammonium est sans action (absence de plomb).

» L'eau de chaux, l'oxalate ammonique, le chlorure de barium avec addition d'acide chlorhydrique et le nitrate d'argent ont fourni successivement les réactions qui caractérisent l'acide carbonique libre, la chaux, les sulfates et les chlorures que l'on trouve dans la plupart des eaux potables.

» *Les eaux des fontaines de Couthuin* sont incolores, limpides, inodores, sans saveur spéciale ; elles marquent à l'hydrotimètre de 24 1/2 à 24.

» Le chlorure d'or et le permanganate de potassium donnent très manifestement les réactions dues aux matières organiques.

» Le microscope y a fait reconnaître des infusoires animés. »

Nous devons ajouter que, conformément aux instructions qui lui ont été données, l'Administration a fait mettre au jour les tuyaux alimentaires en dix endroits différents, sur le parcours compris entre la prise d'eau de la maison Dupont et la fontaine publique de Couthuin. Ces tuyaux étaient intacts, aucune fissure n'y a été constatée. M. le Bourgmestre disait, à cette occasion :

« Nous eussions du reste pu l'affirmer d'avance, car lorsque la moindre fissure se déclare, l'eau, sous l'action de la pression, ne tarde pas à apparaître à la surface du

sol et le tuyau de distribution à la fontaine publique de Couthuin ne donne plus du tout. Nous avons ainsi la satisfaction de pouvoir certifier, tant par l'expérience que nous en avons acquise jusqu'ici, qu'à la suite des travaux de vérification récemment faits, que ces tuyaux alimentaires sont dans un état parfait de conservation et qu'aucune fissure ne s'y est déclarée de manière à pouvoir livrer passage à des corps étrangers ou nuisibles. »

Le puits qui alimente Marsinne (v. plan, annexe 4) est situé à 275 m. du puits de Daubremont et du puits communal de Couthuin; il n'a qu'une profondeur de 7 m. 70 c.; le fond est à un niveau plus élevé que la surface liquide du puits de Daubremont de sorte que ce dernier ne peut y produire aucune infiltration; toutefois nous avons été à même de constater qu'il était lui-même à proximité d'une fosse à fumier. Quelques habitants seulement de Marsinne ont subi les atteintes de la maladie régnante.

Aucun habitant de la maison Fastré, dont le puits a une profondeur de 10 m. et est situé à 30 m. du puits communal, n'a été malade.

Une dernière analyse, faite le 10 octobre, a fourni les résultats qui sont consignés dans l'annexe 3.

Description exacte de la maladie. — Nous croyons devoir nous abstenir de répondre minutieusement à cette question. D'ailleurs les médecins de la localité étaient trop occupés pour qu'il leur fût permis de prendre des notes quotidiennes sur l'état des malades. Nous en avons visité plusieurs et nous avons constaté chez eux les caractères de la fièvre typhoïde classique.

La *contagion* semble pouvoir être accusée. Nous ferons remarquer d'abord que quand le typhus pénétrait dans

une habitation, il ne l'abandonnait qu'après y avoir fait plusieurs victimes. Entre autres faits, en voici plusieurs que nous extrayons des notes qui nous ont été remises le le 5 octobre.

« Un nouveau décès est survenu cette nuit. C'est celui d'une jeune fille de 17 ans, cousine et voisine d'une autre fille décédée depuis une quinzaine de jours; cette dernière avait été soignée et lavée par la mère de la nouvelle défunte. Les deux maisons tiennent ensemble et sont le spécimen de la malpropreté la plus repoussante. Une personne de 30 ans vient également de contracter la fièvre typhoïde dans la seconde de ces habitations. »

Il est vrai que les membres d'une même famille successivement frappés par la maladie étaient soumis à l'action du milieu, subissaient les mêmes influences dérivant soit du sol, soit d'une habitation insalubre, enfin buvaient la même eau. Aussi la contagion n'est-elle pas ici absolument nécessaire pour expliquer l'apparition du mal chez des personnes vivant en commun ou habitant porte à porte. Mais il est d'autres cas où la maladie semble avoir été réellement *transportée*.

Ainsi les habitants des hameaux dits : *Aux Ruelles* et *Les Tomballes* qui communiquent journellement avec ceux de Couthuin et de Jonkeu, où presque toutes les familles venaient pour ainsi dire d'être atteintes simultanément, paraissent avoir contracté la maladie régnante par contagion. On cite Michel, Albert; Roquet, Eugénie; Williquet, Euphrosine; Lerson, Flore; les enfants Joassin, du hameau de Trâ-du-Bois, qui se rendaient souvent chez Daubremont, premier atteint, ont transporté le typhus dans leur hameau.

Le doyen de Couthuin, M. Rulot, visitant journellement

les malades, n'a pu échapper à la contagion; le fils du comte de Changy, du hameau d'Envoz, et son cocher, étant venus rendre visite à M. Rulot (v. plan, annexe 4), ont bientôt manifesté les symptômes de la maladie; il en a été de même de la femme de chambre de M^me^ la comtesse de Meus, du hameau d'Envoz, qui avait visité une malade au fond du village de Couthuin.

Bien que le rôle de l'eau potable nous semble ici hors de doute, nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher certains faits qui permettraient, jusqu'à un certain point, une autre explication.

Nous avons constaté au § VII, que chaque année, depuis environ 10 ans, on voit apparaître dans certaines parties de la commune et principalement dans le hameau de Sur le Mez des cas de fièvre typhoïde. Le germe de cette maladie pourrait donc avoir été déposé dans le sol, sans avoir néanmoins trouvé immédiatement les conditions favorables à son abondante multiplication, qui seule permet le développement d'une épidémie. Ces conditions, que plusieurs auteurs regardent comme essentielles, sont, en premier lieu, l'imprégnation du sol par des matières animales en décomposition — nous avons dit qu'elle existait à Couthuin à un degré marqué — ensuite un certain degré d'humidité du sol et l'action d'une température élevée, deux circonstances qui se sont rencontrées encore pendant l'épidémie que nous étudions.

Buhl, Seidel, Besneir, Bourdon et autres, déclarent que pendant la sécheresse, les cas de typhus sont plus nombreux, tandis qu'ils diminuent lorsque *le niveau des eaux s'élève*. En d'autres termes, la fièvre typhoïde est à son maximum de fréquence lorsque le niveau de la nappe d'eau

souterraine est très basse; au fur et à mesure que ce niveau monte, les cas de typhus diminuent. Cette loi, qui a été l'objet de recherches nombreuses et que les statistiques ont rendue d'une évidence, en quelque sorte mathématique, semble inexacte pour certaines localités. Néanmoins elle paraît très acceptable en ce qui concerne l'épidémie de Couthuin.

Le mois de juillet 1879 a été, comme nous le disions plus haut, extraordinairement pluvieux. Du 2 au 16 juillet, la pluie n'a pas cessé de tomber, et les journées des 21, 22 et 23 juillet ont été marquées par des pluies torrentielles; puis sont venues les chaleurs caniculaires.

Or, le premier cas de typhus a été observé le 1er août; les 9 et 10 août, il gagnait le fond du village de Couthuin et, du 14 au 20, il frappait 18 familles.

Il n'est donc pas sans intérêt de montrer la relation qui semble exister entre la marche de l'épidémie et le degré d'humidité du sol.

Rappelons en terminant les paroles de Pettenkofer : « Il est incontestable, dit le célèbre épidémiologiste, qu'en s'abaissant la nappe d'eau abandonne des couches de terrain imprégnées d'une multitude de débris organiques qui, au contact de l'air, fermentent, se putréfient et dégagent l'agent typhique.

» Quand, au contraire, les eaux montent, ces couches sont submergées et les phénomènes de putréfaction sont suspendus. »

Nous n'avons rien à mentionner concernant les influences favorables ou défavorables que l'épidémie a pu exercer sur les maladies sporadiques aiguës ou chroniques, etc.

IX. — RECHERCHES CADAVÉRIQUES. — Néant.

X. — RÈGNE DE L'ÉPIDÉMIE.

Le premier cas s'est montré le 1er août chez le sieur Daubremont.

La durée de la maladie a été de 3 mois environ ; elle s'est terminée dès les premiers jours de novembre, sauf quelques cas isolés.

De la maison Daubremont isolée vers Sur-le-Mez, l'épidémie a gagné le fond du village de Couthuin où elle a pénétré dans plus de 25 maisons sur 35. Outre le plan ci-annexé, voici quelques indications supplémentaires sur la marche de l'épidémie.

La maison Daubremont a eu des malades jusque vers la fin d'octobre. Les 9 et 10 août, l'épidémie s'est déclarée dans le fond du village de Couthuin, chez Courtois et Putzeys; le 11 août, la femme du fermier Belly est tombée malade; le 12 août, la maladie a frappé la famille Albert, au hameau de Sur-les-Trixhes; du 14 au 20 août, elle s'est transmise à 18 familles du fond du village de Couthuin.

Vers la mi-septembre, l'épidémie a paru prendre une sorte de recrudescence et a atteint quelques familles du hameau de Sur-les-Trixhes. Elle s'est ensuite propagée à quelques maisons de ce hameau, de Trâ-de-Bois, etc. Son maximum de fréquence et d'intensité a été du 15 au 20 août. Il y a eu 13 cas mortels. Vers la mi-octobre, l'épidémie est entrée en voie de décroissance.

L'épidémie de Couthuin présente une certaine analogie avec celle que décrit le dr Edward Bellard (*The Britisch med. News*, 17 janvier 1880, p. 82) (1).

(1) *Revue d'hygiène*, 15 avril 1880.

« Au commencement de l'année dernière, une épidémie de fièvre typhoïde éclata à Caterham, dans le comté de Surrey et frappa 352 personnes.

» Le médecin-inspecteur de l'hygiène du district, le dr Thorne, en procédant par voie d'exclusion, attribua la dissémination de la maladie à l'eau fournie par le Caterham Waterworks Company; mais il fallait trouver comment le poison spécifique avait pu souiller le service d'eau.

» Après bien des recherches, le dr Thorne descendit dans l'un des puits d'approvisionnement qui venait d'être réparé et remarqua qu'une corde plongeant encore au fond du puits supportait un seau qui avait servi à remonter les matériaux pendant les réparations, et voici ce qu'il apprit à la suite d'une longue enquête.

» Un ouvrier, déjà un peu souffrant et au début d'une fièvre typhoïde contractée loin de là, avait été employé à travailler au fond du puits; il avait à cette époque une diarrhée très forte et était réduit à déposer ses exonérations alvines dans le seau qui servait à descendre ou à remonter les matériaux; les besoins étaient si impérieux et les matières étaient si liquides, qu'il s'en écoulait parfois une certaine quantité dans l'eau destinée au service public!...

» Cette incroyable souillure eut lieu le 3 janvier, et c'est le 19 du même mois qu'éclata l'épidémie parmi les usagers du service d'eau.

» Pendant l'été de 1872, épidémie à Nunney, près de Form; il semble d'abord que la maladie est spontanée; Nunney est desservie par un ruisseau; en juillet, les malades atteints de fièvre typhoïde sont traités dans un village situé un peu en amont; le 25 juillet, une pluie torrentielle lave le sol du village supérieur souillé de déjec-

tions typhoïdes, et, 12 jours après que l'eau d'amont ainsi contaminée est venue servir aux usages journaliers des habitants de Nunney, après ces 12 jours d'incubation apparaissent les premiers cas de l'épidémie.

» Fait analogue à Mosley, infection d'un puits par les déjections provenant d'un typhoïde.

» Relation curieuse d'une épidémie qui sévit à Ascott, de 1873 à 1877, dont l'auteur attribue la dissémination à l'usage du lait provenant d'une ferme infectée, épidémie qui cesse après des réparations faites au drainage et à la pompe de la ferme; le puits de la ferme recevait, à travers la couche sablonneuse de la région, les infiltrations d'une fosse où l'on avait enfoui des selles typhoïdes loin de là, et l'eau de ce puits servait à laver les ustensiles de la laiterie. »

XI. — Traitement.

Mesures hygiéniques et prophylactiques indiquées aux autorités et aux habitants. — Nous ignorons les moyens thérapeutiques employés par les médecins traitants.

Dès le début de l'épidémie, l'administration locale a pris immédiatement les mesures suivantes : 1° La fermeture des écoles; 2° le curage et la désinfection de la voirie; 3° l'interdiction de toute sonnerie mortuaire. Elle a en outre prié M. le dr Bournonville de faire des conférences sur l'application des moyens hygiéniques. Nous avons en outre conseillé :

a) L'enlèvement, après désinfection convenable, des fumiers et du purin qui se trouvaient aux abords des habitations et des puits ;

b) Autant que possible l'éloignement suffisant des étables qui sont contiguës aux habitations ;

c) Le badigeonnage à la chaux des maisons ouvrières ;

d) La surveillance des latrines, des moyens d'écoulement des eaux ménagères, etc.;

e) L'établissement d'une ambulance vaste et bien aérée pour y déverser l'excédant des malades qui pourraient encombrer certaines habitations.

Toutefois, et à cette occasion, nous avons renouvelé nos recommandations sur les points suivants :

1° Que les habitants n'accumulent plus de fumier devant leurs maisons et le long des rigoles ;

2° Que les puits publics et privés soient établis loin des fumiers et des fosses à purin ;

3° Que les eaux de ces puits ne puissent jamais, en aucune manière, être salies par les eaux des rigoles ; à cet effet, les puits doivent être maçonnés en bons matériaux réunis entre eux par du ciment hydraulique ; leur ouverture doit être munie d'une margelle plus élevée que le sol ;

4° Que les puits de captage doivent être recouverts d'une dalle ;

5° Que le déplacement du cimetière soit opéré le plus tôt possible ;

6° Que le curage des égoûts soit fait, si besoin il y a, au moyen de sulfate de fer, de chlorure de chaux, de chaux vive, etc.;

7° Que le séjour des cadavres dans l'église soit interdit.

Ainsi qu'on l'a vu plus haut, nous avons prié notre honorable et savant collègue, M. Chandelon, d'analyser les eaux de divers puits; nous ne reviendrons pas sur les résultats de ces analyses.

Informés vers la fin du mois d'août par M. le bourgmestre que la fête patronale de Couthuin était proche, et redoutant une recrudescence de l'épidémie, qu'auraient pu provoquer les fatigues et les excès, nous avons demandé l'adoption des mesures suivantes, d'ailleurs peu rigoureuses :

1° Engager les habitants à être modérés dans leurs plaisirs et à se montrer aussi sobres que possible ;

2° Ne permettre les fêtes villageoises que pendant la soirée et faire clôturer les bals, fermer les cafés, etc., à 11 heures du soir.

Bien que toutes les mesures hygiéniques conseillées par la commission eussent été appliquées avec la plus grande célérité et la plus parfaite intelligence, l'épidémie, qui semblait se localiser, se manifesta vers la mi-septembre sur les points les plus élevés de la localité (Sur-les-Trixhes).

M. le bourgmestre nous ayant demandé s'il y avait lieu de tenir l'école fermée et de faire procéder à l'enterrement des typhisés immédiatement après la constatation des décès, nous lui avons répondu :

1° Qu'il y avait lieu de tenir l'école fermée ;

2° Que l'inhumation ne devait être opérée que 24 heures après le décès, et que les cadavres devaient être immédiatement transportés de la maison mortuaire au cimetière. Nous ajoutions :

3° Qu'aussitôt après l'enlèvement du cadavre de la maison mortuaire, l'autorité veillera à ce qu'on détruise par le feu, la paille et autres objets sans valeur ; la toile de la paillasse sera lavée à l'eau chlorurée ou phéniquée, et il en sera de même de tous les objets de couchage, de

la chambre, du plancher, etc.; les murailles seront blanchies à la chaux ;

4° Les déjections des malades ne séjourneront jamais dans la maison et seront neutralisées par la chaux, le chlorure de chaux, l'acide phénique ou le sulfate de fer avant d'être enfouies ;

5° Les habitants de Couthuin ne feront usage de leurs eaux de distribution qu'après les avoir soumises à l'ébullition ;

6° Il serait utile que l'Administration fît jeter, dans les puits qui fournissent des eaux potables aux villages, quelques morceaux de chaux vive à l'effet de détruire les infusoires et autres matières azotées, dont la présence y a été reconnue.

Vers le milieu du mois d'octobre, l'épidémie étant en voie de décroissance rapide, l'autorité locale, sur notre avis, autorisa la rentrée des classes et permit au clergé de reprendre les leçons de catéchisme données à l'église, ainsi que la sonnerie des glas funèbres.

Copie certifiée conforme :

Le Secrétaire,
J. Putzeys.

Annexe 1. — Observations météorologiques. — Juillet 1879.

Dates.	Pression barom. à midi.	Eau tombée.	Vents dominants.	
1 juillet	748,98	—	S	
2 »	750,29	4 — 1	S W	
3 »	748,08	1 — 6	S W	W S W
4 »	744,99	7 — 3	W S W	
5 »	753,45	1 — 3	W	
6 »	755,56	2 — 8	W S W	
7 »	751,43	3 — 3	S W	
8 »	747,49	3 — 2	W S W	S W
9 »	745,72	2 — 5	S W	
10 »	749,32	5 — 6	W S W	
11 »	755,98	4 — 8	W	
12 »	754,17	1 — 9	S S W	
13 »	746,63	3 — 3	S	
14 »	748,25	4 — 2	S S W	
15 »	751,36	2 — 3	S W	W S W
16 »	755,60	—	W	
17 »	753,52	—	S E	
18 »	756,03	—	E N E	
19 »	757,21	—	N E	
20 »	749,57	—	S	
21 »	741,99	24,6	S W	
22 »	743,95	24,0	W S W	S S W
23 »	756,02	21,5	W N W	litt. 24.6. Deux par m. c.
24 »	759,52	0,3	S W	
25 »	760,52	—	S W	
26 »	757,19	—	W	
27 »	758,92	0,1	W	
28 »	762,63	—	W S W	
29 »	760,12	—	S E	S W
30 »	755,02	—	S W	
31 »	755,55	—	S W	

19 jours de pluie sur 31.
Vents dominants S W, W S W, S S W.

Le baromètre n'atteint à 760 m., que pendant 3 jours (les 25, 28 et 29).
Période de 14 j. pluvieux : du 2 au 16

Annexe 2. — Observations météorologiques. — Août 1879.

Dates.	Pression barom.	Eau tombée.	Vents dominants.	
1 août	754,88	1,0	S W	S W
2 »	759,81	—	N	
3 »	744,40	—	E S E	
4 »	757,80	5,4	S S W	
5 »	756,13	0.1	S	
6 »	753,87	—	W S W	S W
7 »	755,44	0,5	S W	
8 »	754,31	3,0	S W	
9 »	753,18	2,2	W	
10 »	757,71	0,3	S W	
11 »	756.86	—	E S E	
12 »	756,20	—	E N E	
13 »	754,51	—	E S E	S W
14 »	758,03	—	S S W	
15 »	751,77	0,4	E N E	
16 »	749,51	7,7	S	
17 »	755,00	4,6	S S W	
18 »	749,00	2,3	S W	
19 »	754,01	17,0	S	
20 »	753,36	15,2	S	
21 »	750,41	—	S	
22 »	755,91	—	S W	
23 »	755,58	0.7	S S W	
24 »	756,37	11,3	W S W	
25 »	754,22	0,4	S W	
26 »	751,26	1,7	S W	
27 »	753,03	0,8	S W	
28 »	747,83	1,9	S S W	
29 »	754,42	12,3	S W	
30 »	757,96	—	S W	

20 jours de pluie. — 3 périodes principales : du 7 au 10 août ; du 15 au 20 et du 23 au 29.

Annexe 3. — Analyse des eaux du 10 octobre 1879.

N° d'ordre.	Indication des eaux examinées.	Degré hydrotimétrique.	Action du chlorure d'or.	Réaction du permanganate, par litre d'eau.	Organismes.
				m. m.	
1	Tuyau de distribution de la fontaine de Couthuin.	24 1/2	Réaction, d'une manière marquée.	2.75	Bactéries, très peu d'animées.
2	Distribution de la ferme Belly; tuyau alimentaire de la fontaine de Couthuin.	24 1/2	Id.	2.00	Id.
3	Echantillon manquant.	"	"	"	"
4	Prise d'eau de la fontaine de Couthuin près de la maison d'Emmanuel Daubremont à Prâvée.	24	Id.	1.50	Bactéries animées et petites masses granulées.
5	Distribution de la fontaine de Marsinne.	18	Indices de réaction.	1.25	Bactéries? quelques petites corpuscules de même volume. Flocons gris jaunâtres en suspension.
6	Puits de la prise d'eau de la fontaine près de la maison Maréchal Sur-le-Mez.	18	Id.	1.25	Id.
7	Prise dans la cour d'Emmanuel Daubremont, à Prâvée.	26 1/2	Réaction, d'une manière très marquée.	3.75	Bactéries animées.
8	Puits de la maison Louis Fastré, à Prâvée.	30	Id.	5.25	Nombreux organismes. Bactéries très animées.



Tarsienne
hameau.

PLAN DE C

non rapport aux



Annexe 4. — Légende du plan.

Nos des maisons, AU PLAN.	LIEUX DITS.	NOMS DES FAMILLES atteintes DE LA MALADIE.	Date de l'invasion de la maladie.
1	Prâvée.	Daubremont, Emmanuel, les enfants.	1er août 1879
13	Jonckeu.	Courtoy, Théop., l'épouse.	9 —
20	Couthuin.	Putzeys, Modeste.	10 —
23	—	Belly, Joseph, l'épouse.	11 —
8	Aux Ruelles.	Michel, Albert, les enfants.	12 —
21	Couthuin.	Manne, Antoine, la fille.	14 —
17	—	Rulot, Martin, curé-doyen.	14 —
6	Aux Ruelles.	Willequet, Euph., la fille.	14 —
25	Envoz.	Meus (Le Comte), la femme de chambre.	14 —
26	—	Changy (Le Comte de), le fils et le cocher.	14 —
18	Couthuin.	Fiasse, François, la veuve et le fils.	16 —
10	Jonckeu.	Mattart, A., et son épouse.	16 —
12	—	Mattart, P., les enfants.	16 —
16	—	Daxhelet, Hubert, la fille.	17 —
9	—	Desiron, Ferdinand.	18 —
14	—	Lisein, Alphonse.	18 —
20	Couthuin.	Collard, Jacques, l'épouse.	18 —
5	Aux Tombal-les.	Roquet, Eugénie.	18 —
4	Couthuin.	Lazard, Edouard, le fils.	19 —
24	—	Mattart, Alexandre.	19 —
22	—	Neuville, Ferd., la fille.	19 —
15	Campagne de Couthuin.	Flawinne, Henri, le fils.	19 —
11	Jonckeu.	Libioule, Louis, la fille.	
2	Trâ-de-Bois.	Joassin, Eug., les enfants.	19 —
3	—	Collette, Hubert, l'enfant.	19 —
16	Couthuin.	Licour, A., les enfants.	21 —
7	Aux Ruelles.	Lerson, Flore.	23 —

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ADELMANN. — Die zur Zeit bestehenden Einrichtungen für das Studium der Medicin an den Universitäten Russlands, mit einigen Vorbemerkungen. Berlin, 1881 ; 8°.

ALISON (A.). De l'hydarthrose du genou dans les fractures de la cuisse chez les enfants. Paris, 1871 ; 8°.

— Étude sur l'épidémie de choléra qui a regné, du 16 septembre au 6 décembre 1873, à Merviller. Nancy, 1874; 8°.

— Contribution à l'étude physiologique d'*amanita muscaria* (ou fausse-oronge). Nancy, 1877; 8°.

— Étiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes. Paris, 1880; 8°.

AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. — Proceedings at the twenty-seventh annual meeting, held in Indianapolis, Ind., September 1879. Philadelphia, 1880 ; vol. 8°.

A WARNING TO PARENTS. — Wholesale propagation of syphilis by vaccination. London, 1879; 12°.

BOËNS (H.). Protestation et preuves, extraites des travaux du convent de Paris en 1880, et adressées aux gouvernements, aux législateurs et aux publicistes des diverses parties du globe, par les membres du comité de la Ligue internationale des anti-vaccinateurs contre la routine des vaccinations et revaccinations. Charleroi, 1881 ; 4°.

COMPULSORY VACCINATION. — Speech of Mr. P. A. Taylor, M. P., on the second reading of the Vaccination Act (Ireland) Amendment Bill, april 7 th, 1879. — Also minutes of the evidence of a witness, taken before the select Committee on the Vaccination Act (1867), ordered by the House of Commons to be printed 23 rd May, 1871. — With notes on the identity of the vaccine disease and rinderpest or Cattle Plague. London, 1879; 8°.

CONGRÈS international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, tenu à Bruxelles du 2 au 7 août 1880. Bruxelles, 1880; vol. 8°.

CORRADI (A.). Annali delle epidemie accorse in Italia dalle prime memorie fino al 1850. Vol. VI (Parte IV, Dispensa 3a) ; cenni bibliografici. Milano, 1880 ; 8°.

DER IMPFGEGNER. — Zeitschrift gegen Impfung und Impfzwang. — Erster Jahrgang. St. Gallen, 1876; Band 8°.

DEUTSCHER VEREIN FUR OEFFENLICHE GESUNDHEITSPFLEGE. — Bericht

des Ausschusses über die Achte Versammlung des « Deutschen Vereins für œffentliche Gesundheitspflege » in Gemeinschaft mit dem « Verein für Gesundheitstechnik » zu Hamburg vom 13. bis 15. September 1880. Braunschweig, 1881 ; band 8°.

DROIXHE, BLANDOT et KUBORN (H.). Hygiène scolaire.— Le bâtiment et la gymnastique. L'élève et le maître. (Rapport présenté à l'Assemblée nationale d'hygiène et de médecine publique de 1880). Liége, 1880; 8°.

DUDGEON H -D.) Historic sketch of the rise and spread of the vaccine dogma. Leicester; 8°.

EADON (S.). Vaccination; or, infant poisoning and murdering by act of Parliament. 8°.

FINKELNBURG.— Ueber Ziele und Wege der internationalen Gesundheitspflege. Berlin, 1880; 8°.

— Bericht über die Verhandlungen des dritten internationalen Congresses für Hygiene zu Turin, vom 6. bis 12. September 1880. Braunschweig, 1881 ; 8°.

FRANÇOIS-FRANCK. — Ganglions nerveux. Paris, 1880 ; 8°.

FRÉDÉRIX (E.). La Belgique industrielle et commerciale. — Tome Ier. Bruxelles, 1880; vol. 8°.

GUENEAU DE MUSSY (Exposé des titres et travaux scientifiques du dr). Paris, 1877; 4°.

GUENEAU DE MUSSY (H.). Aperçu de la théorie du germe contage. — De l'application de cette théorie à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Quelques considérations sur les moyens prophylactiques. Paris, 1878; 8°.

How baby was Killed. London, 1880 ; 8°.

LISTE, par rang d'ancienneté, des officiers du service de santé de l'armée, au mois de janvier 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

LOHNERT (C.). Impfzwang oder Impfverbot? Eine Frage für Statistiker, Volkswirthe und Gesetzgeber. Chemnitz, 1878; 8°.

MORREN (E.). Le Jardin botanique de l'Université de Liége. — Réponse au rapport de M. l'Administrateur-inspecteur au Conseil communal de Liége. Liége, 1881 ; 8°.

OIDTMANN (H) und LOHNERT (C.). Nach Canossa ! oder der Anfang vom Ende des Impfzwanges und Graphisches ABC-Buch für Impffreunde. Chemnitz, 1876; 8°.

RICCI (C.). Delle fistole orinarie della donna e di un caso speciale di queste. Pisa, 1880; 8°.

— Di una singolare distocia gemellare e di un voluminoso tumore uterino. Pisa, 1881; 8°.

ROBYNS (J.). Statistique internationale au XIX^e siècle. — Tableau synoptique statistique des Pays-Bas (Hollande et Belgique) et de la France pour la période de 1840 à 1877. Paris; 4°.

ROËL (F.). Etiologia de la pellagra, o sea de la pluralidad de las enfermedades que aflijen al linaje humano. Oviedo, 1880; vol. 4°.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN. — Rapport sur les travaux de l'année 1879-1880, fait, au nom de la Commission directrice, par M. Fr. Froidbise, secrétaire sortant. Louvain, 1881; 12°.

TAYLOR (P.-A.). Speech on Dr. Cameron's resolution respecting animal vaccine, delivered in the House of Commons, 11 th June 1880. London, 1880; 8°.

THE NEWCASTLE GUARDIANS AND VACCINATION. — Special report of the arguments against the compulsory vaccination acts, at the debate at the Board of Guardians. Newcastle-upon-Tyne, 1878; 8°.

THE RIGHT HON. SIR THOMAS CHAMBERS, M. P., RECORDER OF LONDON, ON VACCINATION. — Discussion on vaccination in South Place Chapel. London, 1878; 4°.

THE VACCINATION REASON WHY. — Cost of public vaccination in England and Wales. London, 1880; 4°.

TONI (H. W.). Bureaukraten-Statistik und Impfzwang oder das koeniglich preussische statistische Bureau und seine Stellung zur Impffrage. Berlin, 1875; 8°.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN. — Bibliographie académique. Louvain, 1880; vol. 12°.

VACCINATION. 1878; 8°.

VACCINATION TRACTS. — Facts and Figures showing that vaccination has failed to stamp out, arrest, or mitigate small-pox. London, 1877; 12°.

VAN BASTELAER (D.-A.) Collection des actes de franchises, de priviléges, octrois, ordonnances, règlements, etc., donnés spécialement à la ville de Charleroi par ses souverains depuis sa fondation, avec quelques commentaires sur les faits et les causes qui ont amené

chacun de ces actes. — 6e fasc. La seigneurie de Charnoy et Gilliers. Mons, 1878 ; vol. 8°.

VAN BASTELAER (D.-A). Mémoires archéologiques. Tome III. Mons, 1880 ; vol. 8°.

VOGT. Pocken und Impfung; 1881 ; Band 8°.

WILDER (A.). Vaccination a medical fallacy. 8°.

SÉANCE DU 26 MARS 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.



—

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

Par dépêche du 18 mars 1881, M. le ministre de l'intérieur transmet à l'Académie une lettre par laquelle M. Sigismond Neumarck, consul de Belgique à Nuremberg, a signalé à M. le ministre des affaires étrangères un remède de la diphthérie.

Ce remède découvert par M. E. Buchner, horticulteur à Munich, et dont celui-ci a fait usage, avec succès, sur lui-même et sur plusieurs membres de sa famille, consiste dans l'emploi, en inhalations ou en gargarismes, de la décoction des feuilles de l'*eucalyptus globulus*, arbre auquel on a attribué depuis longtemps une action fébrifuge.

— La compagnie reçoit du même ministre un exemplaire des catalogues de l'Exposition nationale de 1880, ainsi que de la première partie du tome VII de la *Biographie nationale*.

— Remerciements.

II. — COMMUNICATION DU BUREAU.

Depuis la dernière séance, l'Académie a fait une perte sensible : le vénérable doyen d'âge de ses membres honoraires régnicoles, M. le dr F.-P.-J. Cambrelin, né à Ath, le 30 août 1792, est décédé à Gand, le 7 mars 1881, à la suite d'une courte maladie.

Les remarquables facultés intellectuelles dont était doué ce savant collègue ne s'étaient point affaiblies proportionnellement aux infirmités physiques : l'année dernière, dans la séance du 30 octobre, il a encore présenté à la Compagnie un intéressant travail concernant le degré d'instruction à exiger des sages-femmes, question dont elle avait été saisie précédemment et à la discussion de laquelle il avait été empêché de prendre part.

L'Académie n'a pu être représentée à ses funérailles : d'après ses dernières volontés, il ne devait être accompagné au champ du repos que par les membres de sa famille, et aucun discours de pouvait être prononcé dans cette lugubre circonstance.

Informé de ces dispositions testamentaires par M. le lieutenant-colonel Cambrelin, l'un des fils du défunt, le bureau s'y est naturellement conformé et s'est abstenu, en conséquence, de charger une députation spéciale de rendre à ce regretté collègue les honneurs académiques qui lui étaient dus, en raison de sa haute dignité et des importants services qu'il a rendus dans sa longue et laborieuse carrière, consacrée entièrement à des œuvres essentiellement humanitaires.

— L'assemblée charge le bureau d'adresser à la famille

de M. le dr Cambrelin l'expression de ses regrets et de ses sentiments de condoléance.

III. — CORRESPONDANCE.

— La *Société de médecine d'Anvers* a fait parvenir le programme des concours qu'elle a ouverts pour l'année 1881.

— L'*Académie royale des sciences de Turin* a adressé le programme du concours pour le troisième prix Bressa, concours auquel, suivant la volonté du testateur, seront admis à prendre part les savants et les inventeurs de toutes les nations. — Ces deux programmes seront déposés au cabinet de lecture.

— M. Janssens, membre titulaire, présente un exemplaire d'une circulaire par laquelle le comité, qui s'est constitué pour l'érection d'un monument à l'illustre Lazare Spallanzani, invite les académies et les sociétés scientifiques, ainsi que tous les savants, à prendre part à la souscription ouverte dans ce but. — Dépôt de cette circulaire au cabinet de lecture.

— M. le dr Félix, qui avait été autorisé à retirer son mémoire relatif à l'*action physiologique et thérapeutique du phosphore*, a renvoyé ce travail, que le bureau a ensuite transmis à l'un des commissaires chargés de l'apprécier.

— MM. Masoin, à Louvain; Jules Robyns, à Paris; Boëns, à Charleroi; Fordyce Barker, à New York; Dessart, à Cureghem; Créteur, à Bruxelles; de Pietra Santa, à Paris; Titeca, à Bruxelles; Schiffers, à Liége, et Badaloni, à San Leo, offrent des publications dont les titres seront indiqués au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'académie vote des remerciements aux auteurs des publications dont il lui est fait hommage.

— Le *Cercle médical d'Anvers*, par lettre reçue le 18 mars 1881, demande à l'Académie de bien vouloir appuyer auprès du gouvernement la réclamation qu'il lui a adressée, au sujet de l'admission des médecins étrangers à exercer dans le pays.

M. le Président. — Messieurs, la question de l'admission des médecins étrangers à exercer l'art de guérir en Belgique a souvent fait l'objet de nos préoccupations. Il y a réellement urgence, dirai-je, à mettre un terme aux trop nombreuses autorisations accordées à des médecins étrangers de s'établir et de pratiquer dans notre pays. Malheureusement les efforts, tentés jusqu'à présent, n'ont abouti à aucun résultat. Hier encore, à la Chambre des Représentants, des observations ont été faites à ce sujet, et l'honorable Ministre de l'Instruction publique, déclinant toute responsabilité immédiate, s'est retranché derrière l'avis préalable de la Commission d'entérinement. Il n'en est pas moins vrai qu'il est réellement regrettable de voir ainsi sacrifier les intérêts légitimes des médecins belges à des praticiens étrangers qui ne brillent pas toujours par le talent. Au surplus, ces médecins n'ont garde d'apporter aux malades pauvres les ressources de leur science, d'ailleurs très hypothétique; ils ne donnent leurs soins qu'aux malades riches. Quant aux pauvres, ils les laissent bien volontiers à la charge des médecins belges. C'est là une situation que nous ne rencontrons dans aucun autre pays du continent.

Il importe, je crois, de faire ressortir cette situation au sein de l'Académie, persuadé que vous apprécierez et que vous approuverez ma manière de voir.

Si les médecins étrangers ne jouissaient point d'un pri-

vilège que rien ne justifie; s'ils devaient supporter les mêmes charges que nous; s'ils devaient donner les mêmes preuves de savoir, d'abnégation et de dévouement, je comprendrais qu'on les autorisât à s'établir dans le pays. Le peuple belge, nous pouvons lui rendre cette justice, est essentiellement hospitalier et, dans de telles conditions, il les accueillerait avec faveur. Mais, malheureusement, les choses ne se passent pas ainsi : les médecins étrangers, quels qu'ils soient, sans donner la moindre garantie ni de science, ni d'aptitude pratique, viennent s'établir en Belgique, souvent au détriment des malades, qui ne les prennent que parce-qu'ils viennent de loin, et toujours au détriment de nos confrères régnicoles, qui se découragent en voyant leurs droits méconnus au profit d'hommes qui ne franchissent nos frontières que pour se faire une position qu'ils n'ont su réaliser chez eux.

Je trouve que l'Académie a tout au moins le devoir de signaler cet état de choses au gouvernement, qui, bien certainement, prendra sa manière de voir en sérieuse considération.

M. Martin. — J'approuve d'autant plus les paroles prononcées par l'honorable Président, que la Commission médicale de Bruxelles vient d'adresser à la Commission médicale provinciale, pour y donner suite, une note à charge d'un médecin étranger récemment autorisé à pratiquer en Belgique. Ce médecin a abusé de la faveur qui lui a été si bénévolement octroyée par le gouvernement, au point d'exiger de l'un de nos opulents compatriotes, auquel il avait fait quelques visites pour une légère indisposition, un prix exorbitant, que la Commission, appelée à juger comme arbitre, a dû réduire considérablement.

M. Warlomont. — Peut-être y aurait-il lieu de renvoyer la demande du Cercle médical d'Anvers à la commission qui a déjà précédemment examiné la question.

J'avais d'abord l'intention d'en faire la proposition. Mais, d'une part, pour ménager le temps de la Compagnie; d'autre part, en vue de donner satisfaction au vœu dont il s'agit, d'une façon infiniment plus brève et peut-être plus correcte, je demanderai simplement que l'Académie vote par acclamation l'approbation des paroles éloquentes et bien senties que vient de prononcer l'honorable Président.

Je crois que cette simple approbation vaudra mieux que tous les rapports qu'une commission pourrait faire encore sur cette question un peu délicate pour l'Académie.

M. Barella. — Messieurs, j'applaudis au sentiment qui a inspiré les paroles que vient de prononcer notre honorable Président; seulement il me permettra de faire remarquer que la voie dans laquelle l'Académie s'engage me semble anti-libérale. C'est une voie de restriction et d'entraves apportées à l'exercice de la profession la plus libérale et la plus indépendante qui existe au monde. Je crois qu'au lieu de chercher à empêcher quelques rares médecins étrangers de pratiquer en Belgique, il vaudrait mieux tâcher d'obtenir, pour les Belges, le droit de pratiquer la médecine à l'étranger. Je voudrais voir établir le libre-échange dans le domaine intellectuel, abolir les douanes qui empêchent la libre manifestation de la pensée, et qui restreignent dans un cercle étroit l'exercice de la profession médicale. Je crois que, d'après la tendance des esprits au siècle où nous vivons, les mesures restrictives, qui avaient cours au moyen-âge et qui ont fait naître les corps de métiers, les corporations, les jurandes, ne sont plus de mise aujourd'hui. Il y a

en Belgique bien des professions dans lesquelles la concurrence est admise. Ainsi, il y a chez nous bon nombre d'ingénieurs, d'architectes, d'artistes, d'artisans d'un très grand mérite; réclament-ils contre la concurrence qui leur est faite sur le sol belge par des étrangers? Pas le moins du monde, ils cherchent à faire mieux, et voilà tout. Il doit en être de même en toute matière. Partout et toujours la question de frontière doit céder le pas à la question de principe, à la question de la liberté du travail. Je crois encore, messieurs, que les distinctions géographiques doivent avoir peu d'importance pour le médecin, qui est avant tout le citoyen de l'humanité, le citoyen du monde entier. Cela ne veut nullement dire qu'il ne doive être pris des mesures contre le charlatanisme et surtout contre l'escroquerie qui serait exercée sous le couvert de la médecine.

M. Kuborn. — Messieurs, en prenant connaissance de la lettre du cercle médical d'Anvers, je me suis demandé si l'Académie avait bien le droit d'intervenir dans une question qui est essentiellement du domaine législatif. Les statuts de l'Académie portent que celle-ci est appelée à délibérer sur toutes les questions qui lui sont soumises par le gouvernement et à s'occuper de toutes les études et recherches qui peuvent contribuer aux progrès des différentes branches de l'art de guérir.

Je crains fort, messieurs, que nous ne nous engagions dans une mauvaise voie, en intervenant dans les questions professionnelles. Dans l'espèce, le désir de manifester notre opinion existe sans doute dans le sentiment de chacun de nous; mais est-ce bien la mission de l'Académie d'y répondre? — Vous en jugerez.

Il est une loi en vertu de laquelle l'autorisation d'exercer

l'art de guérir en Belgique peut être accordée à des praticiens étrangers; c'est le ministre qui est responsable des dispenses qu'il concède. Autrefois, lorsqu'un étranger se présentait pour pratiquer dans le ressort d'une de nos provinces, la commission médicale de la circonscription renvoyait le récipiendaire devant le jury central.

C'est ainsi que nous avons vu, la lettre de la loi étant poussée à ses conséquences extrêmes, les Mohren, les Laussedat, les Güssenbauer et bien d'autres s'asseoir sur la selette du jury d'examen. En de telles occurrences, il était difficile de dire lequel des deux était le juge, du récipiendaire ou de l'interrogateur. Mais c'était la loi.

Notre loi du 20 mai 1876, en abrogeant cette disposition, n'a-t-elle pas été trop loin? Elle ne réserve aux Commissions médicales que le seul droit d'émettre un avis sur la dispense à accorder à des personnes résidant dans une province pour les autoriser à y exercer certaines branches de l'art de guérir. Qu'entend-on par là? Quelles branches vise-t-on ici ?

Franchement, je ne comprends rien à ce paragraphe de l'article 40 de la loi; le cas qu'il prévoit ne peut concerner, en définitive, que l'art dentaire, l'herboristerie, la droguerie ou les accouchements, professions que des étrangers solliciteraient la faveur d'exercer. A propos des attributions des Commissions médicales, je me suis demandé ce que feraient ces commissions si quelque récipiendaire, du sexe mâle, se présentait devant elles pour obtenir un brevet d'accoucheur? Pourraient-elles se refuser à le recevoir aux épreuves, puisque les femmes sont bien admises à occuper des carrières libérales réservées jusqu'ici aux hommes? Je ne vois pas pourquoi il ne s'établirait pas

aussi légalement des *sages-hommes* que des sages-femmes, nonobstant l'abolition des grades d'officier de santé et d'accoucheur?

Mais, en dehors des maigres attributions spéciales laissées par la loi de 1876 aux Commissions médicales des provinces, se dresse l'octroi des autorisations d'exercer l'art de guérir dans tout le royaume. Il faut, pour obtenir cette licence, remplir certaines conditions. Nul, qu'il soit belge ou étranger, n'est admis à pratiquer la médecine, la chirurgie et les accouchements, s'il ne justifie de ses aptitudes à exercer à la fois ces trois branches de l'art de guérir. (Art. 40, § 1er, et art. 42, § 2.)

La loi a stipulé, en outre, que les diplômes des gradués seraient soumis à l'enregistrement. Une Commission supérieure, dite d'entérinement, a été instituée pour vérifier si les opérations du jury belge ont été correctement accomplies, les prescriptions de la loi observées. Cette Commission, espèce de Cour de cassation, possède ici un droit absolu d'admettre ou de rejeter.

Mais en est-il de même lorsqu'il s'agit des étrangers?

Pour ceux-ci, la Commission d'entérinement sera *consultée*. A prendre le § premier de l'article 42 de la loi, il semble que son avis favorable doive être la condition préalable de l'autorisation à accorder. Le Gouvernement ne serait pas le maître absolu d'autoriser un praticien quelconque à exercer l'art de guérir dans le royaume, si son diplôme n'a été enregistré par la Commission d'entérinement.

Jusqu'à présent, je ne pense pas que le Gouvernement ait accordé d'autorisation sans avoir pris l'avis de la Commission. Cependant celle-ci a été livrée à bien des tâtonne-

ments, bien des embarras, et elle a vu les limites de son contrôle singulièrement restreintes, en ce qui concerne les étrangers. Pourquoi cela?

Dans un rapport que j'ai sous les yeux, notre honorable collègue, M. Warlomont, disait que les arrêtés royaux, interprétatifs de la loi, faisaient défaut. Ainsi, l'arrêté royal du 17 octobre 1876 renferme une promesse formelle à cet égard, promesse qui a été complètement perdue de vue. L'article 12 de cet arrêté est ainsi conçu : « Les diplômes de licencié, de docteur ou de pharmacien, délivrés à l'étranger, et qui doivent être soumis à la formalité de l'entérinement, conformément à l'art. 42, § 1er de la loi, sont transmis à la Commission d'entérinement par les soins de Notre Ministre de l'Intérieur.

» *Les règles à suivre en cette matière seront déterminées ultérieurement* ».

Voilà quatre ans et six mois que la promesse reste en souffrance!

Comme jusqu'à ce jour aucune règle n'a été établie à cet égard, la jurisprudence qui a prévalu dans la Commission a été que chaque diplôme serait examiné séparément.

Dans les discussions qui eurent lieu au début des délibérations de la Commission, M. Gallez, je pense, à propos d'une licence sollicitée par un médecin français, a comparé les études faites en France et en Belgique. Il avait conclu, en vertu de l'art. 42, § 3 de la loi du 20 mai 1876, au renvoi du récipiendaire devant le jury, pour qu'il subît un examen supplémentaire, en vue de prouver qu'il possédait la connaissance, exigée en Belgique, des branches ne faisant pas partie de l'examen de médecin en France.

Antérieurement, un médecin répandu, de l'Université

d'Edimbourg, que je considère comme l'université la plus distinguée de l'Angleterre, avait été renvoyé devant le jury pour subir un supplément d'examen.

C'était un précédent. Un second rapport relatif au médecin français dont je viens de parler fut réclamé. Les conclusions primitives, formulées par M. Gallez, furent écartées.

Le second rapporteur estimait qu'il fallait présumer que toutes les branches, figurant au programme de la faculté de médecine de Paris, avaient été assez soigneusement enseignées et les cours assez régulièrement suivis pour qu'il n'y eût pas de doute sur les aptitudes du récipiendaire.

En présence de deux conclusions différentes, que décida le Gouvernement?

Dans une communication faite à la Commission d'entérinement, le ministre s'exprime ainsi :

« Le porteur d'un diplôme régulièrement délivré dans une université étrangère, sérieusement organisée, est présumé posséder toutes les matières qui lui ont été enseignées et sur lesquelles il a été interrogé. Ce n'est qu'en cas d'insuffisance du programme de l'université étrangère, eu égard au programme des études académiques requises en Belgique, que des garanties supplémentaires, qu'un examen spécial peuvent être requis chez nous; examen portant exclusivement sur les matières prescrites par notre programme et qui ne font pas partie de l'enseignement dans l'université étrangère qui a délivré le diplôme. » (Séance de la Commission du 9 juin 1877.)

Le ministre trouva ensuite qu'il fallait s'arrêter à cette seule considération : à savoir si les études faites à l'étranger correspondaient, pour le doctorat, et rien que pour le doctorat, aux études faites en Belgique. Il n'était donc pas

question du temps consacré à ces études. Or, ce temps qui, en Suisse par exemple, est de 5 ans, en Angleterre de 4 ans pour la licence — je laisse le doctorat de côté — mesure en Belgique 7 années d'études au moins : 2 ans pour la candidature en sciences naturelles, 2 ans pour la candidature en médecine, 3 ans pour le doctorat.

La question de temps était donc mise de côté; la jurisprudence était établie en ce sens qu'il fallait avoir égard aux seules études du doctorat.

Ainsi se trouvait fixé dans son application le § 3 de l'art. 42 de la loi, ainsi conçu :

» *La dispense pourra, dans tous les cas, être subordonnée à la condition de subir, devant le jury du doctorat, un examen spécial sur les matières prescrites, qui ne font pas partie de l'enseignement dans l'université étrangère qui a délivré le diplôme.* »

Mais ici se présente une autre question : que signifient ces mots : *matières qui ne font pas partie de l'enseignement ?* Les branches qui figurent au programme des universités étrangères ne sont pas toutes comprises dans l'examen.

En Belgique, où les cours à certificat ont été abolis par la loi de 1876, tous les cours portés au programme sont à examen.

Pouvait-on considérer les diplômes conférés à l'étranger comme ayant la même valeur que les diplômes accordés en Belgique? La question, qui souleva des doutes, fut tranchée dans ce sens que l'examen devait être subi sur les matières qui, à l'étranger, n'avaient pas fait l'objet d'une épreuve.

Voici encore une singularité de notre loi de 1876.

Cette loi stipule que les diplômes de *licencié*, de médecin et de pharmacien étrangers seront enregistrés par la com-

mission d'entérinement; or, la licence n'existe pas en Belgique. Mais elle existe en Espagne, en Angleterre et en Hollande. En Angleterre, par exemple, que vaut la licence? Le programme de la licence comprend à peine quelques prolégomènes de sciences naturelles et quelques éléments de science générale; en dehors de cela, toutes les branches comprises dans l'examen du doctorat, en Belgique, figurent également dans l'épreuve; mais avec cette différence que dans celle-ci elles sont loin d'être aussi approfondies.

Eh bien, en présence de l'application qu'on doit donner à la loi, application probablement forcée, on ne peut qu'admettre en Belgique les licenciés étrangers, au même titre que les docteurs. Je doute fort que le législateur, en se servant du terme de *licencié*, ait eu en vue d'autre licence que celle qui ressortit au Droit; mais puisqu'il n'a pas fait de distinction, force nous est de nous incliner, en dépit des conséquences absurdes qui résultent du texte.

Ainsi, qu'au sortir du collége, à l'âge de 17 ans, un jeune Belge soit désireux de venir exercer en Belgique l'art de la médecine, de la chirurgie et des accouchements à 21 ans, il lui suffira de prendre une licence aux écoles de Cambridge ou de Glascow et d'obtenir une autorisation qui pourra lui être légalement accordée par le Gouvernement d'ici.

Une demande en autorisation ne s'est présentée qu'une seule fois de la part d'un licencié. On a dû l'instruire. Si je déclare peu raisonnable une loi qui permet qu'on jette sur le marché belge la marchandise, je ne dirai pas frelatée, mais médiocre de l'étranger, les économistes me répondront : la bonne marchandise sera toujours prise de préférence à la mauvaise. Si elle n'est pas bonne, le chaland la délaissera.

Messieurs, que pensez vous de ce système lorsqu'il s'agit de la vie et de la santé publiques? On semble les jeter froidement par dessus bord, en vertu du principe du laisser faire, du « protège-toi toi-même. » Est-ce aux victimes que profitera l'expérience faite? Et c'est dans ces circonstances qu'on viendra dire du haut de la tribune nationale aux médecins belges qui réclament aide et protection en faveur de la vie, de la santé de leurs concitoyens : « Vous êtes orfèvre, M. Josse! »

Je me révolte à voir cette allusion adressée à des hommes qui ne cessent de donner des preuves de science, de dévouement et de désintéressement, que l'on considère comme taillables et corvéables à merci, à qui l'État n'alloue, lorsqu'il requiert leurs services, qu'une indemnité dérisoire, et qui, sans cesse sur la brèche, pour sauvegarder la santé et la vie de leurs concitoyens, ne marchandent ni leurs peines, ni leurs veilles, allant s'exposer froidement à la contagion en risquant d'en transporter les germes mortels au sein de leur famille.

Nous voulons aussi, comme dit M. Barella, du libre échange dans le domaine intellectuel; mais je n'admets pas le libre échange en matière de maladies. Je ne veux pas non plus de celui qui doit avoir pour conséquence de conférer certains priviléges. Il y a, en ce qui concerne la pratique de la médecine, plus d'une restriction à apporter.

La liberté des professions, ce *desideratum* proclamé à la Chambre lors de la discussion de la loi de 1876, est une utopie lorsqu'il s'agit de l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les nations étrangères, elles, n'admettent pas les médecins belges à pratiquer chez elles l'art de guérir; cepen-

dant, je le déclare avec une sorte de fierté, l'enseignement donné dans les universités belges est au moins égal, au point de vue pratique, à celui qui est donné dans n'importe quelle université étrangère.

A cet égard, et c'est un point sur lequel nous devons insister, nous n'avons, nous Belges, rien à gagner à laisser venir les médecins étrangers chez nous, s'ils ne donnent des preuves d'une capacité supérieure.

Il faut bien l'avouer, messieurs, c'est un singulier marché de dupes qu'un libre échange qui, non seulement se passe de réciprocité, mais favorise l'étranger.

Voilà pourtant à quoi la loi ou les interprétations qui lui sont données aboutissent.

Je reviens au texte du § 1er de l'article 42 et aux attributions de la commission d'entérinement.

« Le gouvernement peut accorder des dispenses aux Belges et aux étrangers munis d'un diplôme de licencié, de docteur ou de pharmacien, et *enregistré par la commission d'entérinement*. »

Dans la séance du 4 avril de la Chambre des Représentants, M. Delcour, ministre de l'intérieur, disait, à propos du rôle de la Commission d'entérinement : « Le mot d'*enregistrement* suppose un acte passif. L'*entérinement*, au contraire, suppose un contrôle, un droit d'appréciation, que nous entendons consacrer. »

Et dans la séance du Sénat du 5 mai 1876, le même ministre s'exprimait ainsi : « La Commission d'entérinement, dans le cas où elle ne reconnaîtrait pas l'accomplissement de toutes les conditions, a le pouvoir de rejeter les diplômes qui lui sont présentés. »

Eh bien ! ne semble-t-il pas résulter de là que toute dis-

pense octroyée à un praticien étranger devait être subordonnée à l'approbation de la Commission?

Il n'en est rien. Si le Gouvernement, comme le ministre l'a déclaré hier à la Chambre, n'accorde à des praticiens étrangers l'autorisation d'exercer en Belgique qu'après avoir pris l'avis de la Commission d'entérinement, c'est qu'il ne peut se soustraire à l'obligation de prendre cet avis; mais il n'est nullement tenu de s'y conformer. S'inspirant du principe qui a conduit le législateur à abandonner au Gouvernement le droit d'admettre des étrangers à la pratique de l'art de guérir, le ministre, dans la discussion de la loi du 20 mai 1876, traduisait cette pensée en disant qu'il fallait plutôt favoriser l'accès des professions libérales aux étrangers que de l'entourer de difficultés, puisqu'il a été concédé au Gouvernement le droit d'accorder librement des dispenses, tandis que précédemment l'avis favorable d'un jury était une condition *sine quâ non* de l'exercice de ce pouvoir. »

Enfin, messieurs, pour mieux établir l'étendue et la responsabilité du pouvoir en cette matière, je vous dirai ce qui fut répondu de haut lieu à notre honorable collègue, M. Warlomont — qui croyait en vertu des déclarations faites par le Gouvernement à la Chambre et au Sénat, que la Commission avait le pouvoir de rejeter les diplômes qui lui sont présentés — il fut répondu, dis-je, que la Commission d'entérinement « n'est qu'un rouage Gouvernemental, une commission en quelque sorte consultative : que vouloir lui donner des attributions plus hautes serait rêver la création d'un quatrième pouvoir. » *Et nunc erudimini!*

Tout ce qui précède vous montre, messieurs, ce qu'il y a de vacillant dans la jurisprudence adoptée, en ce qui concerne les autorisations à accorder aux praticiens étrangers.

Nous en sommes encore à attendre depuis cinq ans l'arrêté royal qui la fixera. Il ne me paraît pas que, dans ces conditions, nous ayons à discuter la pétition du cercle d'Anvers. Ce n'est pas à nous, mais au Gouvernement et aux Chambres, au besoin, que nos confrères doivent adresser leurs réclamations.

Je ne pense pas que l'Académie puisse faire autre chose que d'accorder son appui moral au cercle médical d'Anvers et formuler des vœux pour que ses démarches aboutissent à un résultat qui, j'en suis persuadé, est dans le vœu de nous tous.

M. le Président. —Je me permettrai de faire encore une observation, relativement à l'exercice des professions libérales. L'étude du droit et de la médecine se partagent à peu près les cours des universités. La loi doit donc être également protectrice pour l'avocat et pour le médecin lorsqu'ils sont lancés dans la vie professionnelle.

Or, un avocat étranger peut-il venir, de Paris ou de Berlin, plaider une cause devant un tribunal belge? Non; il faut qu'il s'adjoigne un avocat belge sous le patronage duquel il exercera sa profession.

En médecine en est-il de même? Non; le médecin étranger peut, de par la loi, exercer l'art de guérir en Belgique sans s'adjoindre un confrère belge. C'est la loi qui le veut, c'est donc la loi qu'il faut modifier.

Lorsqu'un avocat d'un barreau étranger vient plaider devant un tribunal belge, c'est presque toujours une illustration, et sa présence est un honneur pour notre magistrature et pour notre barreau. En est-il de même en médecine? — Non; personne n'a jamais vu des illustrations médicales étrangères, à moins d'événements politiques,

venir exercer la médecine dans notre pays. L'honorable M. Warlomont l'a démontré dans un travail très remarquable qui a eu beaucoup de retentissement. Lorsque des médecins, de 3e et de 4e ordre, n'ont pas de quoi vivre chez eux, ils viennent chez nous parce qu'ils savent que nos compatriotes ont une tendance, malheureusement trop bien connue, d'attribuer plus de mérite à ce qui vient de l'étranger qu'à ce qu'ils possèdent dans leur pays.

En résumé, messieurs, je crois que la conclusion de ce débat doit être l'appui sympathique de l'Académie aux démarches du Cercle médical d'Anvers.

Le Bulletin de l'Académie rendra compte de notre échange de vues, et l'on pourra apprécier en haut lieu l'opinion de la Compagnie.

M. Warlomont. — Parfaitement. C'est le sens de la proposition que j'ai faite tout à l'heure.

M. Craninx. — J'appuie les bonnes paroles de notre honorable Président et je me rallie à la proposition de M. Warlomont.

Il y a environ deux ans, j'ai fait à l'Académie une proposition relative au même objet, qui a été adoptée à l'unanimité. A cette époque déjà, un certain nombre d'autorisations d'exercer l'art de guérir en Belgique avaient été accordées à quelques praticiens étrangers. Depuis lors, les autorisations ont été suspendues pendant environ deux ans. Mais, depuis quelque temps, on en a accordé de nouvelles à des hommes qui, je crois, n'avaient pas de titres suffisants pour être admis à pratiquer dans notre pays, sans examen préalable.

La loi qu'on a supprimée stipulait, à cet égard, certaines garanties qu'il importerait de remettre en vigueur. On

pourrait alors accorder à des médecins étrangers la faculté de pratiquer dans le pays, comme cela se fait en Hollande et en France, par exemple, où le gouvernement prend des mesures afin de s'assurer de la capacité des requérants.

Autrefois, les médecins étrangers, qui voulaient exercer l'art de guérir en Belgique, devaient subir un examen devant le jury; on a admis alors un certain nombre de médecins de talent; mais depuis, on a accordé des autorisations qui ne se justifient pas.

J'appuie donc, je le répète, de toutes mes forces, la manière de voir de l'honorable Président et la proposition de M. Warlomont.

M. Michaux. — M. Kuborn a dit tout à l'heure que des abus avaient eu lieu à l'époque où les médecins étrangers étaient obligés de paraître devant un jury; que des Mohren, des Laussedat, des Gussenbauer et d'autres, avaient dû subir un examen.

Voici, messieurs, comment les choses se sont passées. Lorsque M. Gussenbauer a comparu devant le jury, dont je faisais partie, ainsi que M. Soupart, il lui a été demandé, pour la forme, de *parler de l'infection purulente*. Il a exposé son opinion sur cette question, pendant un quart-d'heure environ, et, sans lui faire la moindre observation, nous lui avons accordé l'avis conforme, exigé par la loi, pour qu'il pût pratiquer en Belgique. On ne peut donc pas dire que nous l'ayons tourmenté.

Y a-t-il d'ailleurs quelque chose d'humiliant à comparaître devant un jury? Évidemment, non. Moi-même, messieurs, je n'ai pas passé mon examen de docteur en chirurgie en Belgique. Je ne possédais que les diplômes de docteur en médecine et en accouchements, lorsque je fus

nommé professeur de clinique chirurgicale. Je crus qu'il convenait de prendre le grade de docteur en chirurgie. Je me rendis dans ce but, à Heidelberg, où je passai un examen très sérieux devant la Faculté de médecine.

Je suis ensuite rentré en Belgique et me suis présenté devant le jury belge, sans aucune humiliation. Certains de mes collègues faisaient partie de ce jury entre autres M. Seutin.

Comme j'étais professeur de chirurgie, on me connaissait par mes élèves, qui avaient fait leurs examens devant ce jury, aussi ne m'a-t-on pas interrogé; l'on m'a donné un avis conforme pour être autorisé à pratiquer la chirurgie. Voilà comment les choses se passaient autrefois. Mais depuis la loi de 1876, il n'en est plus de même, et, comme le disait M. Craninx, il importerait d'adopter de nouveau cette règle, quand on apportera des modifications à la loi sur l'enseignement supérieur. C'est sur ce point que nous devons insister.

M. Warlomont. — Certainement.

M. Michaux. — En France, j'ai vu M. Sichel, père, médecin allemand, subir de nouveau tous ses examens pour pouvoir pratiquer à Paris; c'était cependant un savant de grand mérite. Eh bien, il a comparu devant les Facultés des sciences et de médecine de Paris, afin d'obtenir l'autorisation de pratiquer en France. Il n'a rien vu d'humiliant à cela.

Ce à quoi nous devons veiller, c'est à ce qu'il ne soit accordé d'autorisation qu'à des hommes distingués. Nous devons insister pour que le Gouvernement veuille bien modifier la loi dans ce sens.

Il y a des hommes instruits, venus de pays étrangers, qui honorent la Belgique en y pratiquant la médecine. Tel est notamment M. Wimmer, qui a toujours entretenu les meilleures relations avec les médecins belges. Jamais nous ne fermerons nos portes à des médecins d'un mérite réel.

M. Thiernesse. — Je crois, messieurs, qu'il faut une conclusion à cette discussion. Je propose de renouveler auprès de M. le Ministre de l'Intérieur, qui le transmettra à son honorable collègue, M. le Ministre de l'Instruction publique, le vœu qui lui a été soumis à la suite de la discussion du rapport, fait il y a deux ans, par une commission dont M. Warlomont était l'organe. Il s'agissait d'une proposition émanée de M. Craninx, relative à l'admission des médecins étrangers.

M. Lefebvre. — Je propose d'adopter purement et simplement la motion de M. Warlomont et de clore cette discussion ; si elle était continuée elle ferait perdre à l'assemblée plus de temps que l'examen de la question n'en comporte.

Seulement je voudrais, comme M. Thiernesse, qu'on rappelât aussi au Gouvernement qu'il y a deux ans l'Académie lui a adressé les conclusions d'un rapport sur la même question.

M. le Président. — Il ne nous appartient pas de critiquer les actes du Gouvernement jusqu'au moment où la revision de la loi de 1876 sera faite. Mais nous devons faire en sorte que, lors de la revision de cette loi, on fasse disparaître la cause des abus réellement révoltants qui existent aujourd'hui.

— La proposition de M. Warlomont, complétée par celle de MM. Thiernesse et Lefebvre, est mise aux voix et adoptée.

— Les conclusions du rapport de la commission à laquelle a vait été renvoyée la proposition de M. Craninx, relative à l'admission des médecins étrangers, et qui furent adoptées par la Compagnie, sont conçues en ces termes :

« 1° Demander à M. le Ministre de l'Instruction publique d'ajourner l'instruction des demandes de dispenses de médecins étrangers, jusqu'à ce que, conformément à l'article 12 de l'arrêté royal du 17 octobre 1876, le Gouvernement ait déterminé les formalités à remplir dans ces cas.

» 2° Lui exprimer le vœu que l'article 42 de ladite loi soit modifié comme suit :

» *Article 42. Le Gouvernement peut accorder des dispenses aux belges et aux étrangers munis d'un diplôme de licencié, de docteur ou de pharmacien, sur un avis conforme du jury central d'examen.*

» *En ce qui concerne l'art de guérir, cette dispense ne peut, en aucun cas, être accordée au praticien qui ne justifierait pas devant le jury du troisième doctorat, de son aptitude à exercer à la fois comme médecin, comme chirurgien et comme accoucheur.*

» *Les dispensés devront résider en Belgique et obtenir, tous les trois ans, le renouvellement de leur dispense.*

» *La dernière disposition s'appliquera aux médecins qui ont été dispensés sous le régime de la loi de* 1876. »

IV. — RAPPORT ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la commission chargée de l'examen du travail de M. LÉOPOLD HUGO, intitulé : Sur quelques obligations incombant aux corporations municipales, relativement à la fabrication hygiénique du pain. — M. DEPAIRE, rapporteur.

Messieurs, je viens vous faire rapport sur la note que M. Léopold Hugo a soumise à l'Académie et que vous avez renvoyée à l'examen de M. Gille et au mien.

Voici les conclusions de l'auteur :

« 1° Il est du *devoir* des administrations municipales d'assurer à la population, en temps d'épidémie, un pain non contaminé ;

» 2° On arriverait à ce résultat en ouvrant en temps d'épidémie des ateliers de pétrissage mécanique municipaux ;

» 3° La farine, remise par les boulangers et destinée à leur être rendue en pâte de boulange (non encore levée) pour leur fournée en ville, serait prise en charge par un bureau d'essais, analogue à la condition des soies, établie par les Chambres de commerce à Lyon, à Paris, etc. »

Ces conclusions résultent du fait incontesté de la contamination de la pâte pannaire pendant le pétrissage à bras, tel qu'il se pratique très généralement, et de la supposition que les maladies épidémiques peuvent se transmettre par l'aliment le plus indispensable à l'ensemble de la population.

Que le pain pétri à bras d'homme soit souillé par les sécrétions de la peau des ouvriers boulangers, cela n'est pas douteux, et cela n'est guère appétissant. C'est une des principales raisons qui ont porté les inventeurs à rechercher de

bons systèmes de pétrins mécaniques, et les philantropes à en recommander l'emploi.

Cependant, malgré les réclames de toutes formes, malgré la raison de propreté si importante lorsqu'il s'agit de la manutention du premier de nos aliments, le pétrissage mécanique est l'exception, le pétrissage à bras est la règle.

Cette situation résulte-t-elle de la puissance d'habitudes plusieurs fois séculaires?

Nous ne le pensons pas, parce qu'il est d'observation que le public abandonne facilement les coutumes les plus anciennes lorsqu'il y trouve avantage et profit.

C'est ainsi qu'il a délaissé l'antique chandelle pour la moderne bougie, l'huile de colza pour l'huile de pétrole, l'ancien et inoffensif briquet pour l'allumette chimique si dangereuse à tous égards, et, pour rentrer dans notre sujet, la farine non blutée de céréales mal nettoyées, pour la farine blutée de grains privés de toutes leurs impuretés.

Ce n'est donc pas à la routine seule qu'il convient d'attribuer le peu de succès du pétrin mécanique; si nous avions à en rechercher la cause, nous serions tentés d'admettre qu'il résulte de ce que le public ne considère pas comme sérieux les inconvénients du pétrissage à bras, de l'extrême division de l'industrie de la boulangerie, qui n'admet pas une grande mise de fonds, et peut-être aussi de l'imperfection des pétrins mécaniques proposés.

L'auteur suppose que les maladies épidémiques peuvent se transmettre par le pain pétri à bras; mais il ne le prouve pas et il n'apporte aucune observation qui soit de nature à faire admettre cette hypothèse. Il laisse complètement dans l'ombre la question de la genèse des épidémies et de leur mode de transmission; il ne discute même pas le point de

savoir si, étant donné que le germe propagateur soit organisé, il ne serait pas rendu inactif par la température de 200° c. nécessaire à la formation de la croûte du pain et par celle de 100° c. qu'atteint la mie pendant la cuisson.

Et c'est sans preuve aucune, sans discussion basée au moins sur une apparence d'observation, que l'auteur propose aux administrations municipales de bouleverser, en temps d'épidémie, dans ces moments si troublés, une industrie des plus importantes et des plus indispensables ! C'est sans aucun fait à l'appui de l'hypothèse toute gratuite de la transmissibilité des maladies contagieuses par le pain pétri à bras qu'il engage l'administration publique à pétrir elle-même mécaniquement la pâte et à assumer ainsi une responsabilité immense ! Car il ne faut pas l'oublier, si les administrations communales se chargeaient du pétrissage, on ne manquerait pas de rejeter sur elles toutes les imperfections qui pourraient exister dans la qualité du pain.

Quelle est l'administration qui consentirait, sans y être obligée par l'évidence des faits, *à mettre la main à la pâte* en temps d'épidémie, alors que la population, affolée par la peur et la terreur, accuse du mal le ciel, l'enfer, les astres, l'air, la terre, l'eau, les aliments, les boissons, les égouts, voire même les fabriques de produits chimiques? Elles savent trop bien que dans ces temps troublés, il suffit d'un mot d'un mauvais plaisant pour les faire passer du siège municipal à la lanterne, et que, suivant l'expression de Mirabeau, la Roche tarpéienne est près du Capitole.

Nous n'avons, messieurs, qu'une seule proposition à vous faire : c'est de déposer aux archives le travail de M. Léop. Hugo. — Adopté.

2. DISCUSSION du rapport de la commission qui a été chargée de l'examen des questions ressortissant à la vaccine.

M. Boëns. — La question. — Messieurs, M. Lefebvre nous disait, dans la dernière séance, que le véritable triomphe de la médecine n'est pas de guérir les malades mais de prévenir les maladies.

C'est ce que je ne cesse de répéter et de commenter dans tous mes écrits.

Selon moi, et je puis dire, selon tous les anti-vaccinateurs, j'ajouterai même, selon M. Lefebvre aussi, la *médecine préventive* est destinée à se substituer en partie à la médecine curative, à mesure que les règles de l'hygiène plus universellement appliquées et les conditions de l'art de vivre mieux comprises, resserreront dans ses légitimes limites l'art si difficile et si délicat de traiter et de guérir les malades.

Les praticiens, désormais, devront donc de plus en plus s'attacher à l'étude des moyens de préserver l'humanité des maladies tant aiguës que chroniques, sporadiques ou épidémiques, contagieuses ou non.

Parmi ces moyens prophylactiques, en apparence si nombreux aujourd'hui et qui, au fond, se réduisent à un petit groupe de procédés et d'agents chimiques, il en est un sur la valeur duquel des contestations se sont élevées, à toutes les époques, mais surtout dans ces dernières années : la *vaccine*.

On avait constaté jadis que la petite vérole attaque rarement deux fois le même sujet dans le cours de son existence. On a imaginé d'inoculer le pus varioleux, d'abord indirectement par les chemises des malades, ensuite direc-

tement à l'aide de la lancette, dans le but de prémunir les inoculés contre une seconde atteinte de la maladie.

Plus tard, mais seulement au XIX^e^ siècle, on a reconnu l'absurdité de cette méthode, après en avoir constaté tous les dangers. La vaccine, ou l'inoculation d'une lymphe virulente mitigée, d'un produit pathologique plus ou moins atténué, qu'on supposait, *a priori*, benin et inoffensif, remplaça peu à peu la variolation. Cette méthode fut appliquée aussi, comme autrefois la variolation, à l'espèce ovine, en Allemagne principalement.

Léon XII, pape d'une grande intelligence, la proscrivit en 1823.

En revanche, il est question aujourd'hui, en France, de vacciner tous les animaux avec des vaccins de diverses natures et de provenances variées, qui rendraient indemnes de toute maladie zymotique, outre les hommes et les brebis, les bœufs, les porcs, les chiens, les chevaux, les mulets, les ânes, les pigeons, les poules et les canards..., tandis qu'en Allemagne on vient de rejeter la vaccination des moutons, comme ayant été reconnue plus nuisible qu'efficace.

Nous ne contestons pas le principe d'immunité, tel qu'il doit être compris dans les termes de la science positive et dans les limites de l'observation naturelle. Nous croyons que M. Willems, en cherchant à nous convaincre que les bœufs inoculés, avec ou sans perte de la queue, sont pendant un certain temps plus ou moins réfractaires à la pleuropneumonie épizootique, et que M. Pasteur, en s'efforçant de prouver que les virus peuvent s'atténuer de telle manière et prendre une extrême énergie dans telles conditions, enfoncent tout simplement des portes ouvertes et

s'acharnent à vulgariser des vérités scientifiques que personne ne conteste et n'a jamais contestées. M. Willems, M. Pasteur et tous les panspermistes ont le tort d'attacher une importance exclusive à l'existence des organismes microscopiques auxquels ils attribuent une vitalité particulière, et de confondre les phénomènes de prolifération des *germes*, qui constituent les venins et les virus, avec ceux de la destruction des milieux organiques sous l'influence des germes de toute nature et à leurs différents degrés d'évolution. C'est ainsi que, comme je l'ai déjà montré et comme je le montrerai encore bientôt par la publication d'un mémoire intitulé : *La génération spontanée, l'évolution et la panspermie à propos d'un cas authentique de variole spontanée*, la clinique renverse complètement non pas les découvertes de M. Pasteur, mais les déductions et la doctrine qu'il en tire. Pour ce qui concerne le vaccin, par exemple, l'observation de tous les jours et de tous les praticiens démontre que les effets de la vaccine sont en proportion du degré d'évolution de ce produit pathologique. A l'état de *protoplasme* plus ou moins faiblement organisé, le vaccin ne continue son évolution que rarement et dans certains milieux propices. En général alors, il fait peu d'effet. De là l'insuccès de tant de vaccinés et revaccinés avec du vaccin trop jeune. A la seconde phase de son évolution, il continue volontiers à proliférer; c'est-à-dire qu'il donne naissance à une génération d'agrégats organisés, semblables aux siens *(similia ex similibus nascuntur)*, aux dépens du milieu où il se trouve. C'est le cas de la vaccine opérée, comme disent les vaccinateurs, *avec succès*. Enfin, dans la période la plus élevée de son évolution, à l'état *purulent* ou *putride*, le vaccin prolifère toujours avec autant de facilité

que d'abondance : *pus fait pus*, *putridité engendre putridité*, et il occasionne dans les substances organiques qui le récèlent, les destructions et les désordres que l'on sait. Le vaccin le plus pur, le plus exempt de tout germe morbide étranger, nous a donné, comme nous le verrons tout à l'heure, de trop nombreux exemples de ces phénomènes déplorables; et spécialement le vaccin animal, le plus infidèle et le plus dangereux des vaccins qu'on inocule à l'homme.

Mais hâtons-nous de le dire, pour nous la question n'est plus là.

Voici où elle est ou plutôt en quoi elle consiste : Quel rapport y a-t-il entre l'immunité acquise par l'inoculation du pus variolique, pour nous en tenir à la petite vérole et à à l'homme, et celle qui résulterait de l'inoculation de la lymphe vaccinale, à ses diverses périodes d'évolution?

C'est là le nœud du problème.

Je viens de le dire : en Allemagne, les vétérinaires, aidés par M. Virchow, après de longues recherches et de minutieuses observations, ont rejeté et fait répudier officiellement, comme illusoire au point de vue préventif et funeste au point de vue sanitaire, la vaccination des brebis.

Il s'agit de savoir s'il y a lieu de maintenir la vaccination humaine?

Voilà la question qui se présente entre les vaccinateurs et leurs antagonistes, et sur laquelle vous avez entendu un très long rapport dans notre séance du 29 janvier 1881.

Permettez-moi à ce sujet de vous dire toute ma pensée et de vous fournir toutes mes preuves.

Exposé des motifs. — Je ne suivrai pas le rapport acadé-

mique dans toutes ses circonlocutions. Je ne referai pas, après lui, l'histoire de la variolation et de la vaccine, bien qu'il m'eût été agréable et facile de vous convaincre, pièces en main, que c'est par les femmes, pour les femmes, malgré les médecins d'abord, et par l'influence de souveraines et de princesses fanatiques et galantes ensuite, que la pratique des inoculations anti-varioliques fut implantée dans les masses, même dès le moyen-âge.

Je ne relèverai pas non plus tant de passages étrangers au grave débat qui est engagé dans cette enceinte. Nous ne dédaignons pas les épithètes de « Bachi-Bouzougs » (*Rapport académique*, page 66), de « faux pasteurs sans science et sans sincérité » (page 55), de « déclamateurs sacrilèges » (page 94 et 112), des fabricant de « statistiques entachées de déloyauté » (page 56), et de bons à renvoyer « à Paracelse » (page 99) avec leurs « trésors de sophismes et d'arithmomachie » (page 56).

Nous avons mieux à faire que de nous occuper de ces bagatelles du répertoire d'Émile Augier (page 95), « d'hygiène chauffée à blanc » (page 74), et des quatrains sur la gale de Napoléon Ier, qui ont couru tous les almanachs depuis 1811 (page 74).

La question du vaccin se présente à nous sous deux aspects, comme doctrine et comme fait, ou si vous aimez mieux, au point de vue théorique et pratique à la fois.

Je glisserai rapidement sur les questions de doctrine, qui ne sont pas dénuées d'importance sans doute, mais qui nous occuperaient ici trop longtemps, pour aboutir à quoi? A laisser planer dans vos esprits et dans le mien les doutes, les incertitudes, les équivoques et les desiderata qui se dressent au commencement et à la fin de chacun des nom-

breux problèmes que soulève la vaccine, et que nul ne peut se flatter encore de pouvoir définitivement trancher dans l'état actuel de la science. Nous sommes d'ailleurs, le rapport et moi, placés à des distances trop éloignées pour que nous puissions nous entendre ou seulement nous comprendre sur ce terrain.

En effet, le rapport, pages 68 et 69, émet des principes dogmatiques que je réprouve. « La Providence, y est-il dit, en *créant l'homme* ne l'a pas pénétré de principes malsains, » et « contrairement à ceux qui affirment qu'il n'y a pas de virus immuables ni de virus remontant aux âges préhistoriques, y lisons-nous encore, il est absolument vraisemblable que les virus des maladies transmissibles, variole, syphilis, scarlatine, rougeole, *remontent à la création*, aussi bien que le palmier, la baleine ou l'éléphant. »

J'en suis bien fâché pour la commission, mais tout ce qui paraît absolument vraisemblable à MM. Craninx, Thiry et Warlomont est à mes yeux radicalement invraisemblable. Que la Providence le veuille ou non, selon moi, l'homme qui habite des lieux infects se pénètre de principes malsains et en pénètre sa progéniture. De plus, je ne crois pas à « la création universelle des virus et des germes morbides à l'origine du monde et des choses, » pas plus que je ne crois que « l'éléphant, la baleine et le palmier » soient sortis de la boîte de Pandore ou de l'arche de Noé, ou des mains d'un prétendu Créateur, tels qu'ils sont aujourd'hui. Je suis évolutioniste, Darwiniste, positiviste implacable, absolu ; et le rapport est *créationiste*, au moins en ce qui concerne l'origine des maladies zymotiques, ainsi que des baleines, des palmiers et autres ..... éléphants.

Vous le voyez, messieurs, nous sommes aux antipodes, le

rapport et moi, sur les principes mêmes de la science biologique. Le rapport ne comprend pas, par exemple, que la vaccine et la syphilis puissent « faire bon ménage » dans la même lymphe. Il ne comprend nullement la cause de l'immunité, mais il ne veut pas tenir compte de l'explication que le savant Verheyen, et moi après ce regretté prédécesseur de M. Thiernesse à la direction de l'Ecole de Cureghem, nous avons donnée de ce fait. Comment voulez-vous que nous tentions de nous mettre d'accord sur l'origine, la nature, la composition et le mode d'action des protoplasmes et des granulations, noyaux, cellules, bactéries, vibrions, protozoaires, amibes, aérobies, anérobies, et autres microbes, qui s'y développent, par évolution progressive selon moi, par germes préexistants depuis l'origine du monde, selon les disciples de Pasteur?

Au lieu de vous donner le spectacle de nos controverses et de nos inconciliables dissentiments sur le fond doctrinal, abordons l'étude des faits, et plaçons la question sur son véritable terrain, celui auquel nous allons exclusivement nous attacher, la *statistique*.

Preuves statistiques. — Nous avons à distinguer dans le rapport de la commission : 1° des aveux favorables aux anti-vaccinateurs; 2° une statistique spéciale, et, 3° ce qu'il y a de plus important dans cette compilation ..... ce qui ne s'y trouve pas ou qui en a été omis.

Cette dernière partie est sans contredit la plus importante, ainsi que vous le verrez bientôt.

Habemus confitentem reum. « Avant de vacciner, il faut choisir le vaccin et le vaccinifère. La vaccination n'est pas toujours opportune. Le traumatisme vaccinal n'est pas

toujours inoffensif. La vaccine exige de la circonspection et des soins particuliers. » Ces déclarations des vaccinateurs sont dignes d'être notées, surtout dans un pays où la vaccine n'est guère qu'une pratique routinière abandonnée, au moins pour le peuple, aux mains de femmes absolument incapables d'apprécier les moments opportuns de la vaccination et de déterminer les sujets qui ne doivent pas être inoculés.

En Belgique et en France, vous ne l'ignorez point, les sages-femmes vaccinent à tort et à travers pour obtenir les médailles promises à quiconque vaccinera le plus!

Notre ligue anti-vaccinatrice n'a pas été sans influence sur la routine vaccinale, puisqu'elle a provoqué déjà des déclarations dont l'humanité ne peut que profiter.

Quant à la statistique spéciale du rapport, elle a été jugée par le rapport lui-même, pour ce qu'elle vaut. Afin de critiquer les chiffres invoqués par M. A. Vogt, de Berne, à l'appui de la thèse des anti-vaccinateurs, le rapport cite deux longs passages des travaux de M. Lotz et de M. Bertillon.

D'après M. Lotz, toute statistique ancienne est impossible, parce que les renseignements sur lesquels on l'agence sont incomplets et insuffisants. Personne ne connait, dit-il, la proportion exacte des vaccinés et des non vaccinés selon les diverses catégories d'âges, ni pour l'Allemagne, ni pour l'Autriche, ni pour la Suisse. L'Angleterre elle-même ne fournit des documents vrais que pour un tiers des cas. Donc, selon lui, tous les chiffres sont douteux, ils ne peuvent donner lieu qu'à des conclusions arbitraires. Il ne fait d'exception que pour la Suède. Or, nous verrons ce que disent et prouvent les statistiques suédoises; et nous réfuterons, point

par point, les anciennes assertions classiques rééditées par le rapport de votre commission.

M. Bertillon, de son côté, émet une opinion analogue, en termes plus vagues et plus abstraits, mais non moins réprobateurs. Il ne conclut à rien de moins qu'à la suppression des statistiques d'autrefois. Tout serait à recommencer sur de nouvelles bases et d'après une méthode plus mathématique, plus logique, plus réellement scientifique.

C'est bien notre avis et celui de tous les anti-vaccinateurs. Aussi avons-nous pris pour mot d'ordre, avant et pendant le Convent de Paris, de remettre sur le tapis toutes les statistiques suédoises, allemandes, anglaises, suisses et autres que les vaccinateurs compilent et copient depuis tant d'années les uns après les autres, sans examen et sans contrôle sérieux. C'est le commencement de cet immense travail de bénédictins que j'ai hâte, messieurs, de mettre sous vos yeux, avant d'aborder la réfutation des statistiques incomplètes, imparfaites et par suite *complètement erronées*, qui font le plus bel ornement de l'exposé des motifs qui accompagnent le projet de loi Liouville, du mémoire de son secrétaire, M. A. J. Martin, dans la *Revue scientifique* et des rapports de la commission législative de France et de votre commission académique.

Documents officiels. — Prouvons donc, à tout esprit non prévenu que, d'après les faits les plus authentiques, recueillis dans les archives officielles, la vaccine est une pratique nuisible pour la santé des vaccinés et la cause de la persistance et de la propagation des épidémies de petite vérole dans le monde civilisé.

Les arguments et preuves que je vais vous fournir, mes-

sieurs, ont été en partie adressés à l'Académie et renvoyés à la commission de la vaccine; mais le rapport a omis d'en tenir compte. A peine en a-t-il fait mention. « Nous n'avons trouvé que sophismes et arithmomachie, dit-il, page 56, dans le fourgon de brochures et de volumes que nous a fait parvenir la *Ligue anti-vaccinatrice*, et nous ne voulons pas attendre qu'elle puisse nous envoyer *toute sa lyre*. »

Or, messieurs, il est bon que vous sachiez que notre « fourgon » est parvenu aux membres de cette commission juste trois jours avant la séance du 29 janvier, dans laquelle son rapport nous a été lu. Non seulement vos trois commissaires n'avaient pas eu le temps de prendre connaissance de ces travaux, dont la simple analyse a réclamé plus de trois mois de mon temps, mais je me suis assuré que le « fourgon » était resté à peu près intact, tel que je l'avais envoyé. On n'a même pas songé de couper les pages de ces brochures et volumes écrits en anglais, en allemand, pour la plupart, et frais éclos du magasin des libraires. Il faut donc penser que votre rapporteur est doué d'une telle perspicacité qu'il lit couramment les langues étrangères à travers la couverture des ouvrages qui lui sont communiqués.

Ce travail, que la commission a dédaigné d'entreprendre, je l'ai fait; le voici. C'est, comme vous allez le voir, un véritable travail de bénédictins.

Mais, avant de vous en faire part, permettez-moi de rendre, au nom de la Ligue internationale des anti-vaccinateurs, un dernier hommage à la mémoire de Jenner.

On a dit que nous étions les adversaires, les contempteurs de l'inventeur de la vaccine! Ses adversaires, oui; ses contempteurs, non! Nous reconnaissons volontiers qu'il a

rendu à l'humanité un service des plus éminents : grâce à la vaccine, il est parvenu à supprimer l'odieuse et barbare pratique de la *variolation*, que l'ignorance, la bêtise et le fanatisme des populations du XVIII^e^ siècle eussent transmise dans toute sa plénitude à celles de notre temps, si un nouveau fétiche n'avait pu supplanter, dans leur crédulité aveugle, l'ancienne idole de l'inoculation varioleuse elle-même. Les peuples qui vantaient avec enthousiasme la vertu médicatrice infaillible des breuvages toniques, préparés avec le *grœcum album* (excrément de chien), le fumier de moutons, les testicules de chevaux, les lombrics hachés, le crâne humain séché, les vieilles semelles de souliers rôties et le *priapus cervi* contre les hydropisies, les hémorragies et la petite vérole, n'auraient jamais consenti à renoncer à la croyance fatidique en la variolation, quelque funeste que pût être cette coutume dans le cours des « fléaux de Dieu, » si une coutume nouvelle n'était venue leur promettre les mêmes bienfaits !

On sait que la variolation a été imaginée au commencement du XVI^e^ siècle par une vieille femme de Thessalie, qui, « inspirée par une vierge », révéla au monde la manière d'inoculer sous la peau le pus des varioleux, afin de purger à jamais le corps humain de toutes ses souillures, par l'intermédiaire de la petite vérole, qui était reconnue comme une maladie nécessaire, inévitable.

On sait aussi que, jusqu'à Jenner, les peuples du nord et du midi de l'Europe croyaient fermement que l'homme devait avoir au moins une fois la variole pour purifier ses humeurs, sous peine de ne pouvoir atteindre sa quarantième année !

De là la rage avec laquelle on inoculait aux enfants et à

tout le monde le pus de la petite vérole humaine et celui de la petite vérole des brebis — maladie dont l'identité ne faisait aucun doute — par les chemises des varioleux ou les peaux des brebis clavelées appliquées aux personnes saines, par le séjour forcé des sujets sains avec les sujets malades dans des espaces clos et surchauffés, et enfin par la méthode révélée, au nom d'une vierge, dans les rèves de la vieille Thessalienne.

La vaccine *(vacca)*, inventée par Jenner, est venue couper court à ces odieuses pratiques, à ces stupides préjugés « du bon vieux temps. »

Ce que Jenner fit, il y a quatre-vingts ans, pour supprimer l'inoculation varioleuse, nous le ferons pour abolir la contamination vaccinale à son tour.

Mes vingt-deux tableaux statistiques démontrent avec la plus irrécusable évidence :

1° Que la décroissance des épidémies de variole, au commencement du XIX^{e} siècle, ne peut pas être attribuée à la vaccine, qui était encore *peu pratiquée* avant 1812, 1816 et 1820. Si la petite vérole est devenue subitement moins meurtrière à cette époque, c'est parce qu'on a cessé de la propager, comme on l'avait fait jusque-là, par l'inoculation directe du pus varioleux, au moyen des vêtements et de la lancette, et par l'inoculation indirecte de ce même pus résultant du commerce des peaux de brebis atteintes de petite vérole. Des relevés officiels établissent, en effet, que le commerce des laines, provenant de moutons claveleux, a fait naître en Suède, à diverses reprises, et récemment à Marseille, des épidémies excessivement graves de petite vérole.

Outre ces deux causes principales, au nombre des *causes*

secondaires de la chute rapide de la mortalité variolique après l'an 1800, il faut noter, d'abord, les traitements insensés dont les malades étaient l'objet au XVIII^e^ siècle, traitements qui rappellent ceux des sauvages et qui ont dû tuer un grand nombre de sujets. Plonger le varioleux dans l'eau froide jusqu'à ce que les frissons surviennent (comme font les sauvages) ou lui faire incorporer des brouets avec du fumier de mouton (comme on le faisait au XVIII^e^ siècle), c'est à peu près la même chose. Notons ensuite que, de 1800 à 1816, les individus variolés par l'inoculation du pus varioleux étaient plus nombreux que les vaccinés, ce qui assurait à la majorité des sujets de ce temps-là une garantie d'*immunité réelle*.

Donc on ne propageait plus la variole par l'inoculation varioleuse, ni par le commerce des laines claveleuses, ce qui devait faire tomber à peu près à rien les épidémies de petite vérole. D'un autre côté, on comptait un grand nombre d'anciens variolés et on traitait mieux la maladie, double circonstance qui devait réduire notablement le chiffre des malades et surtout celui des décès.

2° Que partout, en France, en Allemagne et ailleurs, les vaccinés ont toujours été atteints les premiers des épidémies varioliques ; que ce sont eux qui propagent la maladie aux non vaccinés et qu'ils présentent proportionnellement le plus grand nombre de malades, de phénomènes graves et de décès, quand on a soin de comparer ensemble les mêmes catégories d'âge au même temps et dans le même lieu.

3° Que, depuis 1816, le nombre des cas de variole est d'autant plus élevé dans les populations civiles et dans les armées qu'on y vaccine un plus grand nombre de sujets.

4° Que la vaccine occasionne des accidents et des mala-

dies qui, entre autres conséquences, ont augmenté la mortalité des nourrissons de plus de 25,000 par an, dans la Grande-Bretagne et dans une proportion analogue en Allemagne et en Suède.

5° Que le vaccin est un produit *pathologique* qui agit partout, en raison de son âge ou de son degré d'évolution, depuis l'absence d'effets, quand il est jeune, jusqu'à l'infection putride et purulente, lorsqu'il est vieux.

6° Que les mesures hygiéniques suffiraient pour éteindre les foyers épidémiques de petite vérole, si la maladie n'était entretenue par l'inoculation de ce produit pathologique, animal ou humain, qu'on nomme vaccin.

Après avoir fourni ces preuves, ne serons-nous pas en droit de déclarer que la vaccine est une pratique pernicieuse à laquelle il faut renoncer, ainsi que les Allemands ont déjà renoncé à la *vaccination* des brebis, parce qu'il leur a été démontré que, loin de préserver de la clavelée (petite vérole), cette méthode y prédispose l'économie des sujets vaccinés, comme si le vaccin était un levain ou ferment qui, après avoir provoqué quelques accidents locaux et généraux, laisse dans l'organisme une propension à subir une fermentation nouvelle plus étendue et plus complète, sous l'influence de certaines conditions climatériques particulières et d'un milieu malsain.

La vaccine a été déclarée obligatoire en Allemagne à la suite d'un rapport médical, qui est devenu l'argument capital des vaccinateurs belges et français, et dans lequel on invoquait des raisons péremptoires, décisives, semblait-il, qui ne sont pourtant que de colossales erreurs. Les docteurs Guttstadt, Kusmaul et Thilénius prétendirent que la Suède — grâce à la vaccine — « avait vu s'éteindre tout

d'un coup les épidémies varioliques du XVIII^e^ siècle et n'avait plus subi, depuis lors, d'épidémies nouvelles sérieuses. »

Jamais plus téméraires contre-vérités ont-elles été avancées? On le verra par nos tableaux officiels : non seulement la vaccine n'a rien à revendiquer dans la diminution subite de la petite vérole en Suède au commencement de notre siècle, mais en complétant la statistique de M. Guttstadt, qui a été littéralement reproduite par MM. Kusmaul et Thilénius, et qui fait encore foi dans les pays latins, statistique qui s'arrêtait à 1855, on reconnaît que le peuple le plus vacciné et revacciné de l'univers, où, de 1870 à 1874 plus de 500,000 enfants ont été vaccinés avec succès, est justement celui où la petite vérole a fait le plus de ravages en 1873, 1874 et 1875, sans compter les épidémies diverses qu'il eut à subir de 1855 à 1873 et de 1816 à 1855!

Voilà donc ces deux grands arguments des vaccinateurs, qui ont fait la fortune du vaccin, réduits à néant.

Mais j'ai hâte, messieurs, d'arriver aux chiffres. Ils vous prouveront que si l'immunité relative de la variolation était réelle pour les sujets qui survivaient à cette inoculation, elle est absolument nulle pour les vaccinés.

Que les vaccinateurs prêtent attention à nos chiffres.

Nous les mettons au défi d'en contester l'exactitude et d'en atténuer les déductions et conclusions logiques.

PREUVES, TABLEAUX ET ARGUMENTS EXTRAITS DES STATISTIQUES OFFICIELLES, *qui ont été recueillies* par MM. Oidtmann, Toni, Löhnert, A. Vogt, Sigelstrom, Kolb, Keller, Muller, Rosen, Jurin, Schultz, Newman, W. Tebb, Flinzer, Hahn, etc., et par moi.

PREUVE ET TABLEAU N° 1. — SUÈDE.

Épidémies variolíques avant et après la vaccine.

(Documents tirés du bureau statistique des établissements vétérinaires et des bibliothèques nationales de Stockholm).

1500-1770.	**1770-1800.**
Mortalité très grande;	Mortalité grande, mais moindre déjà;
Epidémies très rapprochées.	Epidémies toujours rapprochées.
C'est la période de l'inoculation de la variole par l'application aux sujets sains des *chemises de varioleux*, et du traitement des malades par un soluté de *fumier de mouton* dans du vin.	C'est la période de l'inoculation du *pus varioleux* avec la *lancette* et du commerce libre des *laines, peaux* et *chiffons*, provenant des moutons atteints de la variole (clavelée).
1800-1816.	**1816-1876.**
Mortalité très faible;	La mortalité se relève graduellement;
Epidémies rares.	Epidémies rares, mais de plus en plus meurtrières.
C'est la période de la *vaccine facultative*. Il y avait à peine de 1 à 2 pour 100 de sujets vaccinés. Mais l'inoculation de la variole par les chemises avait cessé, l'inoculation par le virus varioleux cessait également et le commerce des laines infectées était interdit (1806).	C'est la période de la *vaccine obligatoire*. Le nombre des vaccinés augmente et celui des non vaccinés diminue progressivement. La mortalité régulière par variole et le nombre des recrudescences épidémiques diffèrent peu de ce qui se passa de 1800 à 1816; mais plus il y a de sujets vaccinés, plus chaque nouvelle épidémie compte de malades et de décès.
La variole cessa tout d'un coup ses ravages extraordinaires quand on ne la propagea plus dans les masses au moyen du pus varioleux, qui était inoculé directement par la lancette ou indirectement par les laines, peaux et objets, infectés de la clavelée, *longtemps avant que la vaccine ne fût pratiquée sur un nombre notable de sujets.*	La mortalité par variole, qui était tombée tout d'un coup en 1800, dès qu'on avait défendu de répandre cette maladie dans le peuple en y propageant le pus varioleux en nature, augmente d'année en année et d'épidémie en épidémie, à mesure que le nombre des vaccinés s'accroît sous le régime de la *vaccine obligatoire.*

Et nunc erudimini, vaccinatores!

PREUVE ET TABLEAU N° 2. — SUÈDE.

Importation des laines infectieuses.

Années.	Laines écrues de toute provenance.	Laines écrues venant par Danzig.	Décès par variole.
1790	99360 livres	90970 livres	2700
91	100200 —	89200 —	1400
92	76280 —	59660 —	900
93	163120 —	151480 —	950
94	202740 —	171780 —	1800
95	269100 —	228900 —	2950
96	273840 —	199480 —	2000
97	321100 —	171040 —	750
98	277700 —	196120 —	600
99	405220 —	194190 —	1600
1800	417826 —	322400 —	5100
1801	94700 —	28000 —	2500
1808	126240 —	94000 —	950
1809	251800 —	113820 —	1000
1810	203380 —	0 —	350

De 1790 à 1799, on voit la mortalité par variole suivre toutes les fluctuations de l'importation des peaux et laines de mouton infectées par la petite vérole (clavelée), de provenance de Dantzig. Quand l'importation des laines impures augmente, la mortalité de l'année suivante augmente dans les mêmes proportions.

En 1800, cette importation atteint son plus haut point, et la mortalité variolique devient excessive.

En 1801, la laine de Dantzig n'entre plus guère en Suède. L'importation est tout d'un coup réduite à 1/8, en 1801, et à 1/12, en 1802, de ce qu'elle avait été en 1800, et la mortalité variolique tombe très bas : on n'inoculait plus la variole

et on ne la propageait plus par les peaux claveleuses destinées aux lits des enfants et à la fabrication des couvertures, étoffes et habits.

En 1808 et 1809, les laines écrues d'Angleterre arrivent en quantités considérables, et une épidémie variolique intense se manifeste aussitôt.

En 1810 et 1811, diminution rapide des importations de laines et des épidémies varioliques. La mortalité est réduite au tiers, en 1810; au sixième, en 1811, de ce qu'elle était en 1809. Elle continue à tomber en 1812.

A partir de cette époque jusqu'à nos jours, la vaccine s'implante et s'élève dans la population, et les épidémies varioliques du siècle suivent toutes ses fluctuations, grandissant en morbidité et léthalité à mesure qu'on vaccine davantage, et diminuant quand la pratique vaccinale diminue, (voir les tableaux diagrammatiques de M. Oidtmann, présentés au congrès d'Eisenach, 1879).

M. le dr Gibert, de Marseille, a confirmé les opinions de M. Oidtmann et celles de M. Lewis relativement à l'importation et au développement des épidémies varioliques à Marseille, par le commerce des chiffons de laine et des vieux vêtements *non désinfectés*, provenant de l'Algérie. Son livre, imprimé en 1879, est rempli de faits intéressants qui mettent hors de doute l'influence funeste de ces objets tomenteux sur la marche de la variole, indépendamment de l'action préservatrice illusoire de la vaccine.

Le gouvernement français rendrait plus de services sanitaires à ses nationaux en surveillant les transports des peaux, laines, vêtements et chiffons non désinfectés sur son territoire, selon le conseil de MM. les drs Mathieu et Gibert, qu'en suivant les errements dans lesquels M. Liou-

ville cherche à l'entraîner, malgré les faits et les raisons qui démontrent tout ce que la routine de Jenner renferme d'absurdités et produit de désastres directement et indirectement.

PREUVE ET TABLEAU N° 3. — SUÈDE.

Parallèle des vaccinés et des morts par variole.

Années.	*Chiffres des vaccinés* par 1,000 habitants.	*Mortalité par variole* sur 1,000,000 d'habitants.
1775	0	500
76	0	700
1786	0	300
87	0	800
92	0	900
1802	2	600
3	2	600
4	10	600
5	10	450
6	12	600
7	30	850
8	35	750
9	45	1000
1810	50	300
1825	250	400
1839	590	575
1849	600	600
1851	735	700
1874	970	960

Comparez 1809, époque où l'on ne vaccinait guère, où l'on n'inoculait presque plus la variole, avec 1874, époque où 970 Suédois sur 1000 étaient vaccinés, et vous verrez que la

mortalité a été absolument la même chez les *vaccinés* de 1874, et chez les *non vaccinés* de 1809, à la suite de l'*importation de la variole*, à ces deux époques si différentes, par des chiffons et des peaux provenant des pays infectés de la petite vérole humaine ou ovine.

Et nunc erudimini gentes!

PREUVE ET TABLEAU N° 4. — SUÈDE.

Période contemporaine : 1872-1877.

Années.	*Varioleux.* Morbidité.	*Décès.* Léthalité.
1872	1792	267 : 15 p. 100
73	4536	645 : 14 —
74	16616	4063 : 24 —
75	7248	1150 : 16 —
1876	2355	385 : 16 —

D'après les statistiques officielles, recueillies par Jurin, Schultz, Rosen, Pearce et W. Tebb, la mortalité variolique, en Suède, sanctuaire de la vaccine obligatoire, a été aussi élevée à cette époque que pendant les épidémies les plus meurtrières du XVIII[e] siècle; et celle des autres années antérieures, jusqu'en 1872, a été égale à la mortalité des épidémies ordinaires des temps passés et présents.

Voyons, à ce sujet, les chiffres officiels :

Mortalité générale sur 3000 enfants d'un an.

En 1871	248	sont morts	1/12
En 1872	293	id.	1/10
En 1873	324	id.	1/9
En 1874	337	id.	1/9

Ainsi, avec la vaccination obligatoire, de plus en plus

rigoureusement appliquée, la *mortalité générale* augmente au lieu de diminuer.

Mortalité comparée par variole.

1807-1819. — Plus de sujets inoculés, plus de laines infectées; peu de vaccinés :

34 morts de variole sur 10,000 décès généraux.

1870-1873. — Tous les sujets vaccinés; nouveau commerce de laines infectées :

778 morts de variole sur 10,000 décès généraux.

Et on dira que la vaccine tend à faire disparaître la variole, alors que c'est tout le contraire !

Les autres maladies pestilentielles reculent devant le progrès des mœurs et de l'hygiène, tandis que la variole est propagée, entretenue, aggravée par la vaccine obligatoire?

Ainsi, de 1870 à 1873, on a vacciné en Suède tout le peuple, et la petite vérole, dont on ne fera pas remonter, comme en Allemagne, l'importation aux prisonniers français non vaccinés, y a fait plus de ravages qu'aucune des autres épidémies du XIX^e^ siècle !

Sur 1,000,000 d'habitants :

1847-56	1857-66	1867-76
185 morts.	203 morts.	310 morts.

Tel est le contingent de la petite vérole pour le peuple le plus vacciné de l'univers, et pour le pays d'où cette maladie, selon les vaccinateurs français et belges, était expulsée, grâce à la vaccine obligatoire !

PREUVE ET TABLEAU N° 5. — SUÈDE ET POSEN.

Parallèle entre 11 *années de mortalité variolique.*

Années.	*Suède.* Décès sur 1,000,000 d'hab.	*Années.*	*Posen.* Décès sur 1,000,000 d'h.
1790	2160	1863	860
— 1	1356	— 4	1070
— 2	452	— 5	1280
— 3	904	— 6	1070
— 4	1356	— 7	960
— 5	2586	— 8	480
— 6	1724	— 9	390
— 7	431	1870	580
— 8	431	— 1	4550
— 9	1293	— 2	6820
1800	5064	1873	1280
11 années	17757	11 années	19340
Moyenne annuelle 1614.		Moyenne annuelle 1758.	

Le même travail a été entrepris, pour une période de 12 années, à Schemnitz et à Leipzig, et a donné des résultats semblables.

Remarquons que, durant la première période, la vaccine était encore à peu près inconnue en Suède; durant la seconde période, la province de Posen subissait la *vaccine obligatoire* indirecte, sévère, et comptait 90 p. c. de vaccinés.

Et la léthalité, comme la morbidité, est plutôt supérieure pour la période vaccinatoire que pour la période non vaccinatoire pendant laquelle les épidémies varioliques étaient provoquées, entretenues et aggravées par la propagation dans les masses de pus varioleux, ainsi que le rapport de

la commission académique belge de 1881 l'a reconnu et déclaré nettement (page 42).

Ce fut le dr Flinzer, conseiller d'État, qui déclara devant toutes les Sociétés médicales allemandes à Eisenach, le 12 septembre 1879, que les *statistiques suédoises*, arrangées par le dr Kusmaul, d'abord, et invoquées ensuite par tous les médecins vaccinateurs allemands et étrangers, avaient été incomplètement copiées; et que, rétablies telles qu'elles étaient dans les archives officielles de Stockholm, loin d'être favorables à la vaccine, elles la détrônait complètement. Cette grande rectification a été généralement admise en Suède, en Allemagne et en Angleterre. Il n'y a plus que la Suisse et les pays latins qui paraissent ignorer ce fait mémorable et qui continuent de faire des statistiques suédoises et du Nord de l'Allemagne leur grand argument décisif en faveur de la routine jennérienne!

PREUVE ET TABLEAU N° 6. — PRUSSE.

Les non vaccinés devant la variole.

Années.	*Non vaccinés* sur 100,000 habitants.	*Mort de variole* sur 100,000 habitants.
1820	68,000	10
1831	48,000	12
1841	33,000	14
1850	22,000	16
1860	15,000	19
1871	12,000	243
1872	12,000	260

Le nombre des non vaccinés diminue de 10 en 10 ans. En 1820, il y avait 2 non vaccinés pour 1 vacciné, et la mortalité par la petite vérole était de 1 sur 10,000 habitants.

En 1871 et 1872, les non vaccinés étaient aux vaccinés comme 1 est à 10, c'est-à-dire qu'il y avait 20 fois plus de vaccinés qu'en 1820, et la variole enlevait 25 individus sur 10,000; donc 25 fois plus de décès varioliques!

Ces révélations faites au Congrès d'Eisenach, en 1879, quelques jours après la clôture de celui d'Amsterdam, ont rendu absolument muets d'ahurissement les vaccinateurs officiels allemands, le savant docteur Thilenius tout le premier.

Remarquons encore, avec MM. Löhnert et Oidtmann, que, de 1862 à 1870, la mortalité par la petite vérole a été plus élevée dans onze régences de la Prusse qu'à Paris. Or, en Prusse la vaccine était appliquée avec une rigueur administrative des plus sévères.

PREUVE ET TABLEAU N° 7. — PRUSSE.

Vaccination des brebis et vaccination des hommes.

Il faut lire les ordonnances curieuses des Gouvernements de Prusse et de Suède concernant la petite vérole des brebis, le commerce des peaux et la petite vérole humaine, en vue d'éviter la propagation de la maladie à partir de 1800, et surtout de 1806.

1800-1874.	**1800-1874.**
On fait vacciner les brebis. La clavelée marche et augmente.	On fait vacciner les enfants. La petite-vérole marche et augmente.
1874.	**1874.**
Les *vétérinaires allemands* font cesser toute inoculation de pus claveleux et de vaccin aux brebis, ces deux pratiques étant reconnues funestes pour la santé des moutons et de nature à entretenir et propager chez eux les épidémies de petite vérole.	Les *médecins allemands* réclament l'application de la vaccine obligatoire, cette pratique devant faire autant de bien aux enfants et aux hommes qu'elle cause de mal aux agneaux et aux moutons.

Chose remarquable et facile à comprendre, il résulte des expériences et des observations des vétérinaires allemands que les brebis vaccinées ont été, par la suite, atteintes en aussi grand nombre de la petite vérole (clavelée) que les brebis qui avaient été inoculées par le virus-pus de la clavelée.

PREUVE ET TABLEAU N° 8. — BERLIN ET LONDRES.

Mortalité par variole selon les âges.

Années.	*Sujets.*	*Décès par variole.*
0—1	Non vaccinés.	Moins élevés *proportionnellement* que la mortalité générale.
1—5	Vaccinés.	Plus élevés que la mortalité générale jusqu'aux sujets de 60 ans.
60—70	Non vaccinés.	Moins élevés que la mortalité générale.

Ainsi, à l'âge où l'on ne vaccine pas encore, la *mortalité générale* infantile est comparativement plus grande que celle de la variole.

Aux âges qui suivent l'inoculation du vaccin, c'est le contraire!

Chez les vieillards, qui n'ont pas été vaccinés pendant leur jeunesse, la mortalité par variole redevient de nouveau proportionnellement moindre que la mortalité générale.

Ces conclusions ou déductions sont extraites directement des tableaux statistiques officiels de Berlin, cités par le d[r] Lôhnert, et du *Registraar general* de Londres, où MM. les d[rs] Newmann, Haugton, Pearce, M. William Tebb et autres célébrités anglaises ont puisé leurs principaux renseignements.

Si l'on tient compte des catégories selon les âges, on verra que, dans la première année de la naissance, il y a relativement plus de vaccinés que de non vaccinés, qui

sont atteints de variole et qui en meurent. Il faut seulement se rappeler pour juger ces statistiques : 1° qu'en Allemagne, la plupart des sujets de moins de 1 an ne sont pas vaccinés; 2° que la mortalité générale des enfants est plus grande de 0 à 1 an que de 1 à 5 ans.

C'est faute d'avoir établi ces points de repère qu'on a fait dire aux statistiques allemandes tout le contraire de ce qu'elles signifient. S'il meurt, en total, plus de non vaccinés que de vaccinés, de la petite vérole, de 0 à 1 an, c'est parce qu'il y a infiniment plus de sujets de la première espèce que de la seconde; mais toute proportion gardée, à nombre égal de vaccinés et de non vaccinés, les chiffres prouvent que ces derniers sont les plus privilégiés.

Les mêmes remarques sont applicables aux statistiques anglaises.

PREUVE ET TABLEAU N° 9. — LEIPZIG.

Mortalité générale des nourrissons.

(Résumé des statistiques officielles.)

1re *période* : 1751-1800. Inoculation de la variole aux enfants. Peaux de moutons claveleuses pour leurs lits : mortalité générale très élevée chez les nourrissons.

2e *période* : 1781-1800. Inoculation de la variole chez les enfants et chez les agneaux, grand commerce de peaux claveleuses : mortalité extrêmement élevée.

3e *période* : 1801-1811. Époque de transition entre la variolation qui tombe, et la vaccination qui commence; diminution du commerce des laines et peaux infectées : mortalité générale diminuée.

4e *période* : 1811-1850. Époque où de sages mesures hygiéniques sont appliquées au commerce des peaux et à la

vie privée et publique; la vaccine est facultative : la mortalité des nourrissons descend à son plus faible degré.

5e *période* : 1850-1880. *La vaccine se généralise*, toutes les conditions hygiéniques font de grands progrès : la mortalité générale des nourrissons augmente d'une manière effrayante, de plus en plus.

Et pourtant on voudrait imposer la vaccine obligatoire!

Un rapport statistique remarquable du dr Sigelstrom, du 20 novembre 1880, établit cette vérité, qu'en Suède, de 1774 à 1878, c'est-à-dire sur 104 années, la petite vérole a décru régulièrement pendant 46 années, de 1774 à 1820, et a, depuis lors, jusqu'à ce temps-ci, augmenté de plus en plus dans une proportion plus grande que l'accroissement de la population. En outre, il a prouvé que pour la Suède, comme pour Leipzig et toute l'Allemagne, la mortalité par la petite vérole n'a pas modifié sensiblement les chiffres de la mortalité générale.

PREUVE ET TABLEAU N° 10. — LEIPZIG ET SCHEMNITZ.

Mortalité déterminée par la vaccine.

Avant la vaccine.	*Après la vaccine.*
1726-1765.	**1832-1870.**
On ne vaccine pas encore, mais on inocule la variole durant toute l'année. Les statistiques montrent que la mortalité générale des petits enfants est la plus élevée dans es mois d'hiver et la plus faible dans les mois de juin, juillet et août.	On vaccine les enfants en masse tous les ans dans les mois d'avril et mai. La mortalité des petits enfants atteint son chiffre le plus élevé dans les mois suivants : juin, juillet et août, et devient la plus faible dans les mois d'hiver.

Ces relevés de Löhnert, transmis à l'Académie de médecine de Belgique, mais dont le rapporteur de la commission n'a tenu aucun compte, prouvent que la plus grande mor-

talité mensuelle des petits enfants suit constamment l'époque des vaccinations en masse, depuis 1833, contrairement à ce qui se passait autrefois.

Voilà de quoi faire réfléchir les *mères de famille !*

PREUVE ET TABLEAU N° 11. — COLOGNE.

Sujets atteints de petite vérole.

Années.	Vaccinés et revaccinés.	Non vaccinés.
1849	13	1
1850	139	1
51	52	2
52	71	2
53	9	0
54	5	0
55	82	0
56	581	10
57	197	4
58	90	1
59	416	9
1860	9	0
61	2	0
62	7	0
63	9	0
64	2	0
65	57	0
66	223	1
67	127	1
68	6	2
69	40	0
1870	49	4

La proportion des non vaccinés aux vaccinés, était en

1849, à Cologne, de 1 à 12. Ce rapport augmente progressivement : la proportion des varioleux fut de 1 non vacciné à 139 vaccinés, en 1850 ; 1 à 58, en 1856 ; 1 à 45, en 1859 ; 1 à 223, en 1866, et 1 à 127, en 1867.

Ce qui revient à dire que les vaccinés ont 4, 5 et jusqu'à 10 et 18 fois plus de chances ou de risques de devenir malades que les non vaccinés durant les épidémies de variole.

En supposant, *ce qui n'est pas*, que la petite vérole fût moins meurtrière pour les vaccinés que pour les non vaccinés, il y aurait encore beaucoup plus d'espoir d'échapper à la mort par variole sous la peau d'un non vacciné que sous celle d'un vacciné.

PREUVE ET TABLEAU N° 12. — COLOGNE.

Grande épidémie variolique de 1870-1872.

Malades.	*Vaccinés et revaccinés.*	*Non vaccinés.*
2400	2351	49

Cologne comptait 125000 habitants dont 8000 non vaccinés, ce qui donne 1 variolé sur 53 vaccinés, et 1 sur 161 non vaccinés. (Tous ces chiffres ont été fournis par le bureau de la *police sanitaire*.)

D'où trois fois plus de risques à contracter la maladie *pour les vaccinés*.

Mais ce qu'il y eut de plus remarquable, et ce qui a été constaté depuis lors dans toutes les localités frappées par la variole, à Charleroi, à Jumet, aussi bien qu'en Allemagne et en Angleterre, c'est que les premiers sujets atteints par le fléau avaient été bien vaccinés et revaccinés.

Il y avait plusieurs semaines que la variole régnait à Cologne, divers quartiers étaient déjà envahis, quand le

premier sujet non vacciné fut atteint : c'était le 174me malade ; le second non vacciné fut le 201me variolé. — Partout, dans les familles, les premiers sujets qui devinrent malades furent aussi les vaccinés. Ainsi les 329, 330 et 331me varioleux étaient des non vaccinés dont les parents vaccinés et revaccinés se trouvaient à la période de suppuration variolique. — Enfin, les varioleux vaccinés et revaccinés furent ceux qui présentèrent les symptômes les plus graves et la plus grande mortalité.

Et on vanterait encore la vaccine !

PREUVE ET TABLEAU N° 13. — STOLBERG.

Variole du 25 *décembre* 1879 *au* 3 *juillet* 1880.

Vaccinés	*Non vaccinés.*
17 malades.	3 malades.

Les 3 non vaccinés tombèrent malades au mois de juin seulement 5 mois après que la maladie régnait à Stolberg et avait attaqué déjà 11 vaccinés. Ces trois non vaccinés guérirent sans avoir offert de symptômes graves. Parmi les 17 vaccinés, 4 succombèrent. Dans la même famille deux enfants de 4 et 8 ans tombent malades le 9 et le 11 juin ; deux enfants plus jeunes, âgés de 10 mois, sont atteints quinze jours et trois semaines après les précédents et ne deviennent que légèrement malades.

Les enfants non vaccinés, au nombre de plus de 500 furent épargnés à l'exception des trois signalés plus haut.

Ce furent les vaccinés qui payèrent un tribut relativement élevé à la morbidité (17) et à la léthalité (4).

J'ai constaté et publié les mêmes faits à Charleroi, vers la même époque.

PREUVE ET TABLEAU N° 14. — ELBERFELD.

La *liste officielle* de l'épidémie variolique du 10 mai au 29 juin 1880 constate les mêmes faits que partout ailleurs.

Les sujets vaccinés et revaccinés sont atteints de variole les premiers. Deux non vaccinés, jeunes nourrissons, deviennent malades et meurent, lorsque l'épidémie régnait depuis plus de quinze jours chez les vaccinés.

Des sujets vaccinés avec succès, depuis quelques semaines ou quelques mois seulement, devinrent varioleux plus ou moins gravement; deux succombèrent.

Eu égard à la proportion des varioleux vaccinés et des varioleux non vaccinés, on pourrait conclure, dit M. Oidtmann, que la vaccine obligatoire garantit les non vaccinés plutôt que les vaccinés contre la petite vérole, ceux-ci étant atteints en plus grand nombre, toute proportion gardée, et présentant des cas beaucoup plus graves.

« Les résultats de nos recherches statistiques, d'après les listes officielles des autorités allemandes, sont foudroyants, ajoute-t-il, pour la doctrine de Jenner. Je continuerai la publication de ces listes jusqu'à l'anéantissement de la superstition du vaccin. »

Cette prédisposition des sujets vaccinés à contracter la variole avant les non vaccinés dans toutes les épidémies et dans toutes ou presque toutes les familles, est excessivement remarquable et renverse complètement toutes les idées qu'on se faisait de l'immunité vaccinale. Il semble, d'après ces faits trop constants pour n'être point la règle générale, que l'organisme des vaccinés offre un terrain spécialement propice au développement du virus varioleux.

C'est, selon nous, le fait et l'argument les plus décisifs qu'il soit possible d'invoquer contre la vaccine.

PREUVE ET TABLEAU N° 15. — GRANDE-BRETAGNE.

Les trois grandes dernières épidémies de variole.

Années.	Population.	Décès.	Vaccination.
1857-59	17,927,609	14,244	facultative,
1863-65	20,066,224	20,059	obligatoire tolérante.
1870-72	22,712,226	44,840	obligatoire sévère.

A chaque épidémie nouvelle la mortalité augmenta dans une progression géométrique de 50 et de 120 pour 100, tandis que la population croissait seulement de 7 et 10 p. 100. Et cependant le nombre des vaccinés anglais est arrivé au chiffre de 97 pour 100!

Mortalité infantile générale.

Années.		*Décès d'enfants* au-dessus d'un an.
1847,	avant vaccine obligatoire,	62,619.
1854,	vaccine obligatoire tolérante,	73,000.
1867,	id. id.,	92,827.
1868,	vaccine obligatoire sévère,	96,282.
1875,	id. id.,	106,173.

Si l'accroissement de la mortalité eût été en rapport avec celui de la population anglaise, les décès d'enfants, en 1875, n'auraient dû être qu'au nombre de 80,000 au lieu de 106,000.

Il est donc mort 26,000 enfants de plus, en 1875, qu'il n'en devait mourir, si la vaccine n'eût pas été ainsi sévèrement appliquée à ces pauvres petits êtres.

Avis aux mères de famille!

PREUVE ET TABLEAU N° 16. — CHARLEROI.

Vaccinations et revaccinations.

(10 janvier 1880, 140 sujets.)

140 { 14 ont eu de belles pustules ombiliquées.
16 » petites pustules acuminées.
25 » pustules ulcéreuses de mauvaise nature.
85 » pustules moyennes, larges, non ombiliquées.

Pustules ombiliquées.

14 { 3 enfants vaccinés pour la première fois.
1 garçon de 12 ans, non encore vacciné.
2 filles de 13 et 17 ans, déjà vaccinées dans leur enfance.
5 hommes de 23, 35, 40, 56 et 60 ans, autrefois vaccinés.
2 » de 34 et 39 ans, vaccinés auparavant et ayant eu la syphilis.
1 » de 60 ans, vacciné dans son enfance et ayant eu la variole à 27 ans.

Petites pustules

16 { 2 femmes, vaccinées jadis.
14 hommes, 3 non vaccinés, 11 vaccinés autrefois.

Pustules ulcéreuses.

25 { 3 femmes anciennement vaccinées, n'ayant jamais été malades.
22 hommes dont 16 vaccinés une fois, 4 revaccinés depuis 4 ans et 1 non vacciné.

Tous ont éprouvé des phénomènes généraux plus ou accentués. 1 fille de 6 ans, auparavant très saine, fut atteinte d'*infection purulente* dont elle souffrit durant six semaines.

1 homme devint, pendant 4 mois, amaurotique.

6 eurent le bras vivement endommagé, avec semi-paralysie consécutive chez 2 d'entre eux pendant 3 mois.

Pustules simples de mauvais aspect.

85 :
- 6 sujets vaccinés antérieurement qui avaient eu, plus tard, la variole.
- 1 sujet vacciné, ayant eu ensuite la variole et la fièvre typhoïde.
- 2 sujets non vaccinés, ayant eu le typhus.
- 5 — non vaccinés n'ayant jamais été malades.
- 3 — vaccinés et plus tard atteints de fièvre typhoïde.
- 8 — revaccinés avec grand succès depuis 4, 5 et 10 ans.
- 7 — vaccinés et syphilitiques.
- 54 — vaccinés dans leur enfance, ayant toujours joui d'une bonne santé.

Voilà un même vaccin qui produit des résultats bien différents sur les différents sujets, et dont l'inoculation est suivie d'effets locaux et généraux très variés.

Quand on nous parle d'*insuccès des revaccinations*, c'est qu'on a employé probablement de la gomme arabique ou du vaccin-lymphe au lieu du *vaccin-pus*, comme celui qui nous a été envoyé officiellement pour la prison de Charleroi.

Un vaccinateur anglais, M. Robert Cory, prétend que les effets de la vaccine varient selon l'âge et le degré d'évolution du vaccin. C'est ce que nous prétendons aussi depuis plus de 25 années. Nous pourrions ajouter que ces effets varient aussi selon l'état constitutionnel des vaccinés. N'avons-nous pas vu des affections diathésiques, goutteuses, syphilitiques, herpétiques se développer sous l'influence de la réaction provoquée dans l'économie par l'inoculation du vaccin? J'ai cité déjà plusieurs faits de ce genre qui se sont produits dans ma clientèle.

PREUVE ET TABLEAU N° 17. — CHARLEROI.

La vaccine ne préserve pas de la petite-vérole.

Un enfant de 4 ans, vacciné avec effets à 12 mois, con-

tracte une variole confluente. Trois semaines après, 1 enfant de 10 mois, non vacciné, est atteint d'une varioloïde légère.

Un enfant de 15 mois, vacciné avec effets depuis 6 se-semaines, est atteint de variole et meurt.

Un enfant de 3 ans, vacciné depuis 1 1/2 an, devient varioleux.

Une femme de 36 ans, 2 enfants de 5 ans et de 18 mois, vaccinés tous avec effets marqués, le dernier depuis une année, contractent la variole et les 2 enfants meurent. Une petite fille de 9 ans, *non vaccinée*, soigne toute la famille et ne devient pas malade.

Une famille de 8 personnes, 4 vaccinées, 4 non vaccinées, présente cette particularité : les 4 vaccinées sont atteintes de variole ; les 4 non vaccinées en sont exemptes.

Une famille de verriers, à Lodelinsart, de 6 personnes, non vaccinées, échappe à l'épidémie de 1879-1880, à côté d'une famille de houilleurs, dont les 5 membres, vaccinés avec succès, le plus jeune depuis moins d'une année, ayant des cicatrices gaufrées, sont *tous malades*. Ajoutons que l'hygiène était mieux observée dans la première famille que dans la seconde.

Ces faits, tout récents, authentiques, qui me sont personnels, et d'autres plus anciens que je pourrais citer, répondent à une assertion hasardée du rapport de la commission.

Dans toutes les épidémies que j'ai étudiées depuis 1855 à Charleroi et aux environs, ce sont des sujets vaccinés qui ont été atteints les premiers et qui ont propagé la variole aux non vaccinés.

Ces faits, dont tous les détails historiques sont en ma possession et ont déjà été publiés pour la plupart, concor-

dent avec ceux qui ont été observés en Allemagne et partout.

Le vaccin ne préserve donc pas de la petite vérole ; au contraire, il y prédispose l'économie, ainsi que le prouvent à l'évidence les cas recueillis. On dirait que c'est un levain, un ferment qui, après avoir provoqué quelques accidents locaux et généraux, laisse dans l'organisme une propension à subir une fermentation nouvelle, plus étendue et plus complète, sous l'influence de certaines conditions climatériques et d'un milieu malsain.

PREUVE ET TABLEAU N° 18. — CHARLEROI ET BOCHUM.

Les mesures hygiéniques triomphent des épidémies.

Le 19 mai 1879, rue des Peines-Perdues, 1 *vacciné* de 10 ans devient varioleux et *meurt* le 11 juin. Quinze jours après, même maison, 1 *non vacciné* de 12 1/2 ans et un homme non vacciné ont une *variole bénigne*. Même rue, à la même époque, 1 fille *vaccinée* est atteinte de variole intense.

La rue et les habitations sont immédiatement désinfectées, assainies. Plus de cas nouveaux.

Le 14 août 1879, rue Puissant, la variole se déclare dans une maison habitée par de nombreux locataires chez un *enfant vacciné*. Au bout de 8 jours, second cas chez un petit enfant non vacciné.

On assainit et désinfecte tous les appartements. Aucun cas nouveau.

Dans tous ces faits, comme partout, les *vaccinés* ont été les générateurs et les propagateurs de la variole. Pourquoi, partout comme là, ne pourrait-on pas étouffer ses manifestations épidémiques, dès le début, sur place, par des *mesures hygiéniques bien appliquées ?*

Il est avéré que *toujours* la variole envahit d'abord les localités ou locaux *malpropres*, *insalubres*, d'où comme les vapeurs des étangs fangeux, les effluves peuvent se répandre au loin, dans les endroits les plus sains, dans les châteaux et les palais, comme dit le rapport académique. Pourquoi ne pas l'attaquer et la détruire dans ses foyers à l'état naissant? Cela serait plus sûr et plus facile que d'imposer la vaccine à tout le monde.

En 1870-1872, à Bochum (Prusse), un quartier habité par 670 ouvriers de la fabrique d'acier, *vivant proprement*, se lavant et se nettoyant tous les jours, mais n'étant pas revaccinés, fut exceptionnellement privilégié, bien que les habitants fussent en rapport, jour et nuit, avec tous les autres quartiers de la ville, où la variole exerçait de grands ravages. Il n'y eut aucun cas spontané dans le quartier. Trois sujets venus du dehors guérirent et ne communiquèrent la maladie à personne.

PREUVE ET TABLEAU N° 19. — ARMÉES.

Vaccine et variole dans les armées et dans les classes civiles.

1820-1870.

Armées prussiennes.	*Populations civiles de Prusse.*
201,895 soldats. 19 cas mortels de variole par an, sur un laps de 50 années.	201,895 individus du même âge et du même temps. 12 cas mortels.

Dans l'armée, se trouve l'élite de la population, surveillée par des médecins. Dans le civil, on a les faibles, les maladifs, les sujets mal nourris, mal entretenus, vivant dans des taudis infects et privés de soins médicaux suffisants.

Néanmoins, pendant un demi-siècle, nous trouvons 1,6 de décès varioliques dans l'armée prussienne vaccinée et

revaccinée, et 1 seulement dans la population civile non revaccinée, et qui, par son âge de 18 à 50 ans, a perdu la protection hypothétique attribuée à la vaccination. (A. Vogt.)

1870.

Armées prussiennes.	*Habitants de Berlin.*
(Tableaux du professeur A. Vogt.)	(Même âge, même nombre et même temps que pour les soldats.
Moyenne : 148 morts varioliques.	Moyenne : 49 morts.

Le civil accuse une mortalité du tiers de celle des armées !

M. A. Vogt démontre, par ses statistiques intéressantes, que les armées *non vaccinées* des Croisés, au moyen-âge, des Espagnols, au Mexique dans le XVI^e^ siècle, et de Napoléon, en Italie, n'ont pas contracté la variole qui régnait dans les populations civiles et ne l'ont pas importée avec eux dans leurs pays.

C'est le contraire qui a eu lieu pour les *armées vaccinées* de notre temps.

PREUVE ET TABLEAU N^o^ 20. — EFFETS SEPTIQUES DU VACCIN.

Le d^r^ Lotz (Suisse) relate 750 cas de *syphilis* causée par le vaccin.

Combien de milliers d'autres cas de *syphilis vaccinale* sont-ils restés inconnus dans les pays où ce sont les sages-femmes qui vaccinent à tort et à travers ?

Le d^r^ Eulenberg (Berlin), sur 140 vaccinés avec du vaccin pris sur un enfant sain en apparence, a vu 50 cas de syphilis consécutive.

Le prof. Fournier (Paris) a publié une leçon remar-

quable sur la syphilis due au vaccin *(Journal de Lucas-Championnière)*.

Les drs Klaman, Pott, Lothar-Meyer, Alba, Eulenberg, Germann, Lorinzer et autres, en Allemagne; Peters (Boston), Emery-Coderre, Rothery, etc., au Canada; Gregory, Morison, Pearce, Wheeler, Flaughton, etc., en Angleterre; Hervieux, Laboulbène, Degroux, Gerin-Rose, Chabalier, Perroud et d'Heilly (France) ont signalé des cas divers où la vaccine, régulièrement pratiquée, a été suivie d'effets septiques, locaux ou généraux, plus ou moins graves.

Dr Alba (Berlin). — Sur 500 enfants bien portants qu'il a vaccinés avec succès, 86 sont restés sains; 414 sont devenus malades de diverses manières (septicémie).

Sur ce dernier nombre, 103 sont morts dans l'année, soit une mortalité de 17 %, à la suite de ces vaccinations qu'on proclame inoffensives en Belgique et en France!

J'ai signalé dans mes mémoires plusieurs faits de ce genre, recueillis dans ma pratique. En voici quelques nouveaux, encore inédits :

Dr H. Boëns (Charleroi). — Jeanne B..., fille de M. B..., propriétaire à Marcinelle (aux portes de Charleroi), était une belle enfant, saine, bien portante, à 15 mois, ainsi que son père, sa mère et ses sœurs ainées. Un médecin, M. D..., la vaccine. Les pustules vaccinales s'accompagnent d'engorgement de tout le bras, d'abcès consécutifs, près du coude, puis sur diverses parties du corps. Une éruption cutanée et une blépharite se déclarent et se montrent rebelles pendant quatre années à des soins médicaux plus ou moins rationnels. Enfin, depuis deux mois, un régime hygiénique bien entendu procure une amélioration dans son état. Cette petite fille a 5 ans aujourd'hui, 26 mars 1881.

Je traite en ce moment, à Marcinelle, onze enfants qui, après avoir été vaccinés par des sages-femmes et des médecins avec du *vaccin animal*, ont contracté des blépharites chroniques avec ou sans éruptions cutanées.

Depuis que le *vaccin animal* est entré dans la pratique médicale belge, beaucoup d'enfants de Jumet et de Lodelinsart, issus de parents sains et sains eux-mêmes avant la vaccination, ont été l'objet de mes soins. J'en ai traité, dans mon cabinet, 29, depuis 1874, rien que de ces deux communes, qui sont éloignées de Charleroi de 5 à 9 kilomètres. Dans tous les grands villages de notre bassin industriel, j'ai rencontré des faits semblables.

Et *le vaccin ne ferait pas de mal*, alors que tantôt il provoque une décomposition directe du sang, des autres humeurs et des tissus, par une véritable fermentation putride ou purulente, et que tantôt il suscite les manifestations d'une diathèse latente, qui se serait peut-être dissipée et guérie peu à peu sous la double influence de la croissance et d'un bon genre de vie.

Que chaque praticien regarde attentivement autour de soi, et il verra surgir de la vaccination, pratiquée par les sages-femmes et par les médecins, une foule de cas de maladies consécutives, qui passent généralement inaperçus, où qu'on ne prend pas la peine de publier.

Dr Lorinzer (Vienne). — On trouve un recueil de faits nombreux de maladies et de décès dus au vaccin, dans l'*Homoolpa-thische numats-blatter*, de Stuttgart (octobre 1878), et dans un travail de M. Lorinzer, où l'on remarque les conclusions suivantes :

1° La diminution des épidémies de petite vérole, au commencement de ce siècle, ne peut être attribuée à la vaccine.

2° Les épidémies de petite vérole du XIX^e^ siècle ne proviennent nullement d'un relâchement dans les vaccinations.

3° Il est impossible de démontrer que le vaccin ait une vertu préservative.

4° Dans les temps d'épidémie, il est imprudent d'affirmer aux gens du monde que la vaccine est un préservatif, et de les porter ainsi directement à négliger les préservatifs vraiment efficaces, tirés de l'hygiène.

5° Il est impossible de prouver que la petite vérole est moins grave chez les vaccinés que chez les non vaccinés.

6° La mortalité par variole a souvent été moindre parmi les non vaccinés que parmi les vaccinés.

Rapports du parlement anglais.

(1877 n° 433 et 25 février 1880.)

Années.	*Syphilis infantile sur* 1,000,000 *de sujets.*
1847	augmentation : 472 cas.
1877	augmentation : 1,746 cas.

En Allemagne et en Suisse, comme en Angleterre, la syphilis infantile s'est développée en raison du chiffre des enfants vaccinés, et les autres maladies, transmissibles par le vaccin, telles que les scrofules, la pyohémie, etc., ont augmenté dans une égale proportion, malgré les progrès incontestables de l'hygiène privée et de la salubrité publique. Enfin, 25,000 enfants, dans la Grande-Bretagne, sous le régime de la vaccine obligatoire, succombent annuellement aux maladies occasionnées par la vaccination. (Parlement anglais, 1877.)

Et on dira que si le vaccin ne fait pas de bien, il ne fait pas de mal !

PREUVE ET TABLEAU N° 21. — FRANCE ET BAVIÈRE.

Le préjugé vaccinal.

En 1812, il y avait en France : vaccinés, 8 °/₀ ; non-vaccinés, 92 °/₀.

Et l'absence d'épidémie de variole grave durant quelques années, de 1810 à 1820, est attribuée par les vaccinateurs à l'introduction de la vaccine !

D'où il résulterait que les 8 °/₀ vaccinés auraient préservé à cette époque les 92 °/₀ non vaccinés.

En 1861, il y avait en Bavière : vaccinés, plus de 96 °/₀ ; non vaccinés, moins de 4 °/₀.

Et l'existence des épidémies de variole de 1861 à 1871 et au delà est attribuée par les vaccinateurs à la présence des sujets non vaccinés !

D'où il résulterait que les 3 à 4 °/₀ de non vaccinés auraient été cause de la maladie des 96 à 97 °/₀ de vaccinés.

Voilà comment la force du préjugé dévoie le jugement et la raison. Encore, si les non vaccinés avaient été les premiers atteints de la petite vérole ! Mais non, là comme ailleurs, ce sont les vaccinés qui ont fourni les premiers cas de maladie, qui ont propagé la contagion et qui proportionnellement, ont compté le plus de malades et de décès !

PREUVES ET TABLEAUX N° 22.

Dates mémorables

Le 4 juin 1875, au parlement prussien, M. Virchow, instigué et appuyé par les vétérinaires allemands, prononce la *condamnation de la vaccine* pour les brebis, aux applaudissements de l'assemblée.

Le 23 juin 1879, l'interdiction sévère de *toute espèce de vaccination* des brebis est étendue à l'Allemagne entière par le parlement général sans aucune opposition.

Le 12 *septembre* 1879, à Eisnach, M. Flintzer, de Schemnitz, résumant les admirables recherches de MM. les d[rs] Oidtmann, Löhnert et autres savants, sans soulever la moindre protestation d'aucun des membres des *Sociétés médicales* allemandes réunies en congrès, prononce la *condamnation des erreurs* propagées par le professeur Kusmaul à propos des statistiques suédoises et prépare ainsi la *condamnation définitive de la vaccine humaine.*

Le 25 octobre 1879, un mémoire intitulé : *Plus de vaccin, plus de vaccine par le d[r] Hubert Boëns*, introduit la question de la suppression de la vaccine humaine à l'Académie de médecine de Belgique.

Le 11 décembre 1880, à Paris, les membres du comité de la ligue internationale des anti-vaccinateurs réunissent toutes les pièces du procès du vaccin et formulent l'acte d'accusation qui doit déterminer la chute de la *vaccine obligatoire* et, par suite, de la *pratique vaccinale* dans le monde entier.

A la suite de ces documents qui ne forment qu'une partie des travaux statistiques récents des anti-vaccinateurs, qu'il me soit permis de citer la note suivante que vient de m'adresser mon excellent collègue et ami, le professeur A. Vogt, de Berne, dont le rapport s'est occupé si longuement (p. 56 — 65).

« Voici, cher Président, mes preuves que la vaccination n'a pas la moindre influence sur l'épidémicité de la petite vérole.

» Si l'on voulait accepter un rapport causal entre la vaccination et la variole, les preuves statistiques qui suivent nous forceraient d'accuser la vaccination comme moyen d'attirer, de répandre et d'activer la variole.

» En conséquence, la supposition la plus bienveillante pour la doctrine vaccinatrice serait, que cette influence délétère indiquée ne soit pas encore suffisamment démontrée par la statistique. Il ne nous reste alors dans la vaccination qu'une opération *totalement inutile* pour la prophylactique, mais souvent *dangereuse pour la santé* et la vie des opérés.

» En déclarant obligatoire une telle opération, pour toute la population, on se rend responsable et coupable d'une infraction révoltante aux droits paternels et à la liberté individuelle de l'homme, sous le prétexte non fondé d'un bienfait humanitaire et d'une nécessité sanitaire. Et ce qui rend, à notre époque, cette infraction plus grave, c'est que jamais la tyrannie ni l'Église, pendant les temps les plus obscurs de notre histoire, ne se sont permis d'en mettre une semblable sur le dos des peuples esclaves.

» Il n'y a pas de groupes d'hommes mieux comptés, mieux contrôlés, mieux vaccinés et revaccinés, dans le monde civilisé, que les armées. Donc les armées devraient se montrer plus exemptes de l'infection varioleuse que la population civile, non vaccinée ou non revaccinée du même âge, du même peuple et au même temps, si la force protectrice de la vaccine possédait quelque peu de probabilité ou la moindre vérité.

» Eh bien, voici ce que la *statistique comparée* nous montre (voir pour plus amples renseignements mon livre sur la *Vaccination dans les armées*) :

» 1° Si on attribuait, à chaque groupe d'âge, représenté

dans l'armée prussienne, la mortalité variolique moyenne de 51 ans des mêmes groupes, dans la population civile, on aurait pour ces 51 ans un effectif moyen de 201,895 soldats avec 12 cas mortels de variole par an; tandis qu'on compte, en réalité, sur ces 201,895 soldats, 19 cas mortels de variole par an. (Voir mon livre, table VI, page 9.)

» Dans l'armée, on a l'élite des hommes sains et forts, qui sont bien nourris, bien logés, bien vêtus, bien nettoyés, et protégés spécialement par un service sanitaire habile.

» Dans la population civile, par contre, on compte les infirmes, les faibles, les gens mal nourris, mal logés, mal vêtus, dépourvus de tout soin de propreté et de protection spéciale contre les maladies contagieuses.

» Malgré ça, nous trouvons pendant un demi-siècle, 1.6 fois plus de morts varioliques dans l'armée prussienne, vaccinée et revaccinée, que parmi la population non revaccinée, et moins vaccinée que les militaires, et qui, d'après son âge, a déjà perdu la protection hypothétique de la vaccination dans la première enfance;

» 2° Dans la dernière guerre franco-allemande, l'armée prussienne compta 148 morts de petite vérole (table X, page 12), tandis que la population civile de Berlin, du même sexe, du même âge, du même nombre et pendant le même temps, n'en eût que 49 (table XI, page 14), c'est-à-dire le tiers!

» 3° Dans toute l'armée allemande, la mortalité variolique fut, pendant cette guerre, de 27 pour 100,000, parmi les officiers, et de 50 parmi les soldats, ces deux catégories d'hommes étant protégées d'une manière identique par la revaccination. Aussi, malgré cet état vaccinatoire identique, le train avait 9 fois plus de morts de petite vérole que la cavalerie (une

mortalité annuelle de variole de 80 pour 100,000, contre une mortalité de 8) ; et le contingent de la Hesse-électorale, 61 fois plus de morts varioliques que le contingent de Wurtemberg, les deux étant néanmoins *revaccinés identiquement* (381, 1 contre 6.2) ! (Tables VIII, IX à X, pages 11 et 12.) Pauvre vaccin, que de caprices !

» 4° Pendant la conquête de Mexico, par F. Cortez, la petite vérole avait été importée (1520) par un nègre dans le cortège de Narvaez. La population indigène fut plus que décimée par une famine à laquelle s'était associée la petite vérole. Les troupes de Cortez et de Narvaez sont restées exemptes de cette maladie, et elles n'étaient pas vaccinées ! (page 60) ;

» 5° Les troupes des conquérants, en Amérique, n'ont pas importé la petite vérole dans leur patrie à leur retour.

» Les Croisés non vaccinés ne souffraient guère dans des foyers varioliques parmi les Musulmans, et n'ont pas rapporté non plus l'infection dans leur patrie.

» Dans la guerre de Napoléon Ier, en Italie, les armées non vaccinées de la France et de l'Autriche se sont battues longtemps dans le quadrilatère des forteresses lombardo-vénitiennes (1796) et souffraient horriblement du typhus pétéchial, mais non pas de la petite vérole, qui était pourtant semée partout parmi la population civile (page 157). Ces différentes troupes ne propagèrent pas non plus la maladie dans leurs patries respectives.

» Dans l'ère de la vaccine, comme on peut le voir dans mon livre, c'est justement un militaire, *vacciné à Nice*, qui porta, en 1829, la petite vérole à Turin, d'où elle se propagea dans tous les États sardes de Terre-Ferme (page 165).

» En 1871, la même observation a été faite en Hollande, d'une manière réitérée (tables sous presse);

» 6° En Suède, le nombre de morts varioliques va en augmentant dans les dernières périodes décennales, malgré sa vaccination obligatoire (page 87). On y comptait, sur 1 million d'habitants par an :

de 1847 à 1856, 185 morts de petite vérole.
de 1857 à 1866, 203 — —
de 1867 à 1876, 310 — —

» L'intensité des épidémies successives de variole fait les mêmes progrès en Angleterre, malgré sa loi draconienne de vaccination obligatoire (page 144). On y a signalé annuellement, sur 1 million d'habitants :

Dans l'épidémie de 1857 à 1859, 246 morts de petite vérole.
— 1863 à 1865, 321 — —
— 1870 à 1872, 660 — —

» C'est-à-dire une augmentation de 2 à 3 et à 6, dans le cours de 25 années de vaccination à outrance.

» Est-il nécessaire d'en dire davantage pour dévoiler l'aberration continuelle de la médecine officielle à l'égard du vaccin?

» *Vive la Ligue internationale des anti-vaccinateurs!*

» Berne, le 3 février 1881.

« Prof. Dr Adolf Vogt. »

Conclusions. — Nous nous croyons maintenant en droit, messieurs, de formuler les conclusions suivantes, que nous opposons avec confiance à celles de votre honorée commission de la vaccine.

1. Les seuls *préservatifs* efficaces qui existent contre les *maladies épidémiques* en général consistent uniquement

dans l'application des préceptes de l'*hygiène* et de la *médecine préventive*.

2. La propagation de ces maladies ne peut être empêchée que par des *agents désinfectants*, convenablement employés à l'égard des *malades*, des *personnes* qui les soignent, des *objets* qui leur ont servi, ainsi que des *localités* infectées.

3. La *vaccine* est impuissante pour *prévenir la contagion* de la *petite vérole* et pour *prémunir l'humanité* contre ses atteintes.

4. Le *vaccin* est un *produit malsain*, emprunté à des sujets malades présentant des pustules aux jambes (chevaux, *horse-pox*) ou sur le pis (vaches, *cow-pox*) ou sur le bras (enfants, *vaccin humain*), qui tend à provoquer, à son tour, la *décomposition du sang*, des autres humeurs et de l'organisme des vaccinés.

5. La plupart des vaccinateurs répudient, depuis quelques années, le *vaccin humain*, comme nuisible et dangereux. Ce qui implique de leur part l'aveu que l'on a eu tort d'inoculer ce germe morbide aux générations qui se sont succédées depuis Jenner jusqu'à ce jour.

6. Les vétérinaires déclarent qu'un grand nombre de maladies propres aux animaux sont transmissibles à l'homme. Le *vaccin animal* ne met donc pas plus que le vaccin humain, à l'abri des dangers qui ont été constatés à la suite de l'emploi de ce dernier.

7. De nombreux faits, recueillis dans les annales de la science, démontrent que les *vaccinations et revaccinations* occasionnent fréquemment des *maladies locales ou générales graves*, et même *mortelles*. En présence de ces faits, les vaccinateurs en sont arrivés à reconnaître qu'on ne peut pas

inoculer le vaccin humain ou animal à tout le monde sans distinctions ni exceptions, et qu'il est nécessaire de *choisir* toujours un vaccin de bonne qualité. Mais ils se déclarent absolument incapables, comme Jenner l'avait fait lui même, de distinguer les vaccins purs des vaccins impurs, si ce n'est par leurs effets consécutifs sur les vaccinés, c'est-à-dire quand les accidents se sont produits!

8. Les *statistiques officielles* prouvent que la pratique des vaccinations et revaccinations, loin d'enrayer, d'atténuer et de diminuer les atteintes de la petite vérole, les a rendues de plus en *plus fréquentes* et *meurtrières*. M. le dr Oidtmann, de Linnich, les anti-vaccinateurs allemands et nous, nous avons établi que, dans chaque localité, les épidémies varioliques commencent toujours par des sujets vaccinés et revaccinés et ne débutent *jamais par les non vaccinés*.

M. Crocq. — Ce n'est pas exact.

Plusieurs membres. — C'est le contraire qui est vrai.

M. Boëns. — J'affirme que ces statistiques sont authentiques et exactes. *(Interruptions diverses.)*

M. le Président. — Je vous en prie, messieurs, n'interrompez pas. Vous réfuterez tout à l'heure, s'il y a lieu, les observations de M. Boëns.

M. Boëns. — Vous pourrez discuter mes chiffres tout à l'heure, si vous voulez; mais remarquez bien que je n'émets pas des idées personnelles; j'expose des faits indiqués dans des statistiques officielles faites par des savants distingués.

M. W. Tebb, publiciste à Londres, et les anti-vaccinateurs anglais ont fourni la preuve irrécusable que la mor-

talité par la variole dans la Grande-Bretagne a augmenté successivement, depuis 14 années, de 50 et de 120 °/₀, tandis que la population croissait seulement de 7 et de 10 °/₀.

M. A. Vogt, professeur de médecine à Berne, et les anti-vaccinateurs suisses, se fondant sur des relevés authentiques, ont mis hors de doute que les varioleux sont plus nombreux dans les armées où la vaccination et la revaccination sont sévèrement appliquées que dans les populations civiles. M. Emery Coderre, professeur de médecine à l'Université de Montréal, et les anti-vaccinateurs américains sont arrivés aux mêmes résultats que leurs collègues d'Angleterre, en montrant que les épidémies de petite vérole s'implantent de préférence dans les localités où cette pratique est devenue *obligatoire*, soit directement, soit indirectement.

9. Les statistiques invoquées par les partisans de Jenner roulent sur des chiffres et des faits mal agencés, relatifs à des époques éloignées, absolument différentes entre elles sous le rapport des saisons climatériques des mœurs et du degré de civilisation. La vaccine n'a nullement contribué à l'amélioration qui s'est produite dans la santé publique, grâce à la disparition ou à la rareté relative des grandes *épidémies pestilentielles* qui décimaient autrefois les nations, et dont *la petite vérole est la seule qui subsiste encore à l'état quasi permanent*.

10. Non seulement les partisans de la vaccine n'apportent *aucune preuve positive* en faveur de la méthode de Jenner, mais la plupart évitent de se prononcer sur les principes scientifiques et sur les observations authentiques par lesquels les anti-vaccinateurs justifient leurs convictions. La routine, la force des préjugés, le peu d'étendue de toute

clientèle personnelle expliquent l'engouement des vaccinateurs pour la méthode de Jenner.

11. Obligés de confesser que la *prétendue préservation* que procure la vaccine ne peut pas durer longtemps, les Jennériens ont proclamé la nécessité des revaccinations et ont fixé arbitrairement, *sans dire ni savoir pourquoi*, à 10 années le terme des périodes de revaccination obligatoire. Or, voici que des commissions officielles de vaccinateurs reconnaissent que l'immunité due au vaccin n'est pas même démontrée pour *une année!* Il faudrait donc en venir à se faire revacciner tous les ans! Quel est le médecin sérieux qui se soumettrait de lui-même à une semblable pratique, quelque sincère partisan du Jennérisme qu'il puisse être?

12. La diminution de la mortalité, causée par la petite vérole au commencement de ce siècle, ne peut être attribuée à la vaccine, puisque la découverte de Jenner était peu connue alors. A l'époque où les vaccinateurs lui attribuent des résultats salutaires, il y avait à peine en Angleterre 1 1/2 % et moins de 1 % en Suède et dans le reste de l'Europe de sujets vaccinés. La diminution des épidémies de variole après le XVIII^me^ siècle est due exclusivement à ce fait qu'on cessa de propager la maladie par les inoculations directes et indirectes, usitées en ce temps-là.

13. Les statistiques officielles bien comprises prouvent que la petite vérole a augmenté partout depuis 1816, à mesure que la méthode de Jenner était plus généralement appliquée.

14. Les rapports des hôpitaux en Amérique comme en Europe démontrent que la vaccine, loin d'atténuer ou de mitiger la variole, en a multiplié et aggravé les effets. Au siècle dernier, la mortalité variolique des hôpitaux a été en

moyenne de 18 °/₀; en 1870 et 1872, elle s'est également élevée au chiffre de 18 2/3 °/₀.

15. Sous le régime de la *vaccine sévère* et puis *obligatoire* en Allemagne, en Angleterre et en Suisse, la syphilis infantile a augmenté en raison du nombre des enfants vaccinés. Et toutes les autres maladies susceptibles d'être inoculées par le vaccin, la scrofule, la pyohémie, etc., se sont accrues dans une égale proportion, malgré les incontestables progrès de l'hygiène privée et de la salubrité publique. En 1877, il a été démontré au parlement anglais que 25000 enfants en bas âge étaient annuellement emportés par les suites de la vaccination dans la Grande-Bretagne.

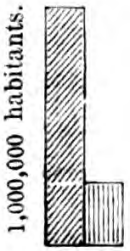
Réfutation des assertions et des chiffres du rapport. — Avant la découverte du vaccin, selon le rapport, peu de sujets échappaient à la petite vérole. Cela est exact et nous en avons donné la raison. Mais quand on ajoute que depuis l'application de la vaccine la petite vérole est tombée tout à coup, on commet une erreur qui a été universellement répandue et que le dr Flinzer, de Schemnitz, a franchement avouée aux applaudissements de tous les vaccinateurs du congrès d'Eisenach, en déclarant formellement que la décadence de la variole au XIXme siècle est de beaucoup antérieure à la pratique vaccinale et ne peut donc être attribuée à cette méthode. Depuis lors, les médecins allemands et suédois ont répudié cette classique croyance.

Toutes les autres assertions du rapport en faveur du vaccin sont contredites par les statistiques nouvelles de Lôhnert, Oidtmann et autres que nous venons de résumer.

Ainsi, il est dit qu'il meurt moins de varioleux dans les pays où la vaccine est obligatoire que dans les autres. Cela est tout simplement de la fantaisie, vu qu'il n'existe nulle

part une statistique établissant le nombre proportionnel des vrais vaccinés, des faux vaccinés et des non vaccinés qui ont été atteints de la petite vérole dans les divers pays pendant une même épidémie. Ainsi encore, à l'appui de son assertion, le rapport cite les chiffres de mortalité variolique sur une période de 6 années dans trois pays où la vaccine était obligatoire et trois autres où elle ne l'était pas. Or, la Prusse, durant ce temps, était soumise à la vaccine administrativement rigoureuse, sévère, qui donnait un chiffre de vaccinés supérieur à celui de certains pays où la loi imposait l'obligation, telle que l'Écosse. Le rapport conclut de là en faveur de l'Écosse, alors qu'en réalité c'est contre l'Écosse qu'il faut conclure, c'est-à-dire contre la vaccine obligatoire. Bien plus, on met en parallèle six pays dans lesquels la variole régnait : dans les uns avec violence, à l'état épidémique grave ; dans les autres légèrement, sans gravité. Et on prend les chiffres des décès de part et d'autre pour en tirer une déduction que ni M. Lotz, ni M. Bertillon n'oseraient approuver, en bons statisticiens.

La représentation graphique suivante, due à M. A. J. Martin, qui l'a copiée dans les vieilles statistiques allemandes, et que le rapport a reproduite comme si nulle rectification n'y avait pas encore été faite, au moins en ce qui concerne la Prusse et l'Écosse, prouve justement le contraire de ce qu'on a voulu y voir.



6000 décès varioliques (1868-73) : Prusse.

1500 décès varioliques (1868-73) : Écosse.

Or, la Prusse comptait alors comparativement plus de vaccinés que l'Écosse, et on induirait de ces chiffres une présomption favorable à la vaccine obligatoire!....

Je ne veux pas vous fatiguer, messieurs, à me suivre dans le contrôle de tous les chiffres historiques du rapport; mais je ne puis me dispenser de vous faire remarquer encore, à ce propos, que l'épidémie variolique qui s'est déclarée en Suède, en 1874 et 1875, après avoir fait le tour du continent, a tué proportionnellement plus de monde qu'aucune épidémie antérieure ne l'avait fait dans le XVIII^me^ siècle, et que les victimes ont été fournies en plus grand nombre — toute proportion gardée — par les vaccinés et revaccinés que par les non vaccinés. Or, il faudrait ajouter pour être exact, que, durant les années 1872 et 1873 qui ont précédé la grande épidémie, les suédois ont été vaccinés et revaccinés à outrance; et ce sont ces gens-là, les suédois vaccinés et revaccinés, qui ont fourni le plus fort contingent de toute l'Europe à la maladie!

Enfin la statistique relative à la Westphalie, arrêtée à 1850 par le d^r^ Kusmaul, dans ses « vingt lettres » que les médecins allemands désignent aujourd'hui sous le nom des « vingt erreurs », et reproduite par le rapport, offre aussi bien que celle de la Suède de singulières lacunes. Ainsi, malgré les progrès réalisés dans les hôpitaux, dans la vie sociale et dans l'hygiène privée, malgré la suppression de tous les remèdes et moyens stupides employés au XVIII^me^ siècle pour traiter, disons le mot, pour *maltraiter* les varioleux, la Westphalie, en 1871, avec 90 % de vaccinés, perdait 20 fois plus de sujets qu'elle n'en avait perdu, en moyenne annuelle, de 1807 à 1830, alors qu'elle ne comptait que 10 % de vaccinés.

Voilà des faits écrasants pour les vaccinateurs, et que le rapport s'est bien gardé de faire ressortir.

Il n'est d'ailleurs pas exact que la mortalité variolique en Westphalie aurait commencé à décroître seulement en 1807 ; ni qu'on y aurait implanté la vaccine une année auparavant, en 1806. Ces *erreurs* du rapport, et beaucoup d'autres qui ont été accréditées par le dr Kusmaul et reproduites dans tous les documents classiques, ont été reconnues, divulguées et définitivement condamnées en Allemagne et en Suède depuis 1879.

A ce propos, M. Oidtmann fait remarquer avec raison que les vaccinateurs, qui jugent si facilement par comparaison des pays différents sous tous les rapports, devraient commencer par chercher à expliquer comment il se fait que, sur les divers points d'un même pays, soumis à la même mesure vaccinatoire, il y ait une si grande disproportion entre les cas et les décès de variole? Par exemple, en Prusse où l'on vaccine dans toutes les localités avec une égale sévérité, voici comment les décès varioliques se sont répartis de 1807 à 1869 :

	D'après le Dr Kusmaul, vaccinateur.	D'après le Dr Guttstadt, vaccinateur.
	1807-1850	**1862-1869**
	Décès sur 1,000,000 d'hab.	Décès sur 1,000,000 d'hab.
Prusse rhénane	90	87
Westphalie	114	291
Poméranie	130	253
Saxe prussienne	170	215
Berlin	176	279
Brandebourg	181	275
Prusse occidentale	356	750
Prusse orientale	556	644
Posen	743	851

Ces différences énormes de mortalité ne peuvent pas s'expliquer par la vaccine dans aucun de ces cas, mais par les états climatériques et les conditions hygiéniques variables pour chaque localité.

Voulez-vous maintenant, messieurs, connaître ce qui se passait en Prusse pendant l'année 1871, époque à laquelle on comptait 90 °/₀ de vaccinés?

Sur 1,000,000 d'habitants, il est mort de la petite vérole à

Berlin	6.000
Crefeld	7.000
Dusseldorf	7.600
Posen	8.000
Bromberg	10.000
Stralsund	14.000
Duisbourg	17.000
Bochum	33.000

C'est trois et même cinq fois plus de mortalité qu'en Hollande, où les vaccinés étaient beaucoup moins nombreux (dr Oidtmann).

Enfin, tandis que la Prusse perdait seulement 190 et 170 individus par la variole en 1868 et 1869, elle en perdait, en 1871 et 1872, 2430 et 2600; il n'y avait pas alors 10 °/₀ de non vaccinés, et, chose plus remarquable, c'était chez les vaccinés et revaccinés que la variole faisait proportionnellement le plus de ravages : autant de détails, des plus convaincants, que le rapport a eu soin d'omettre!

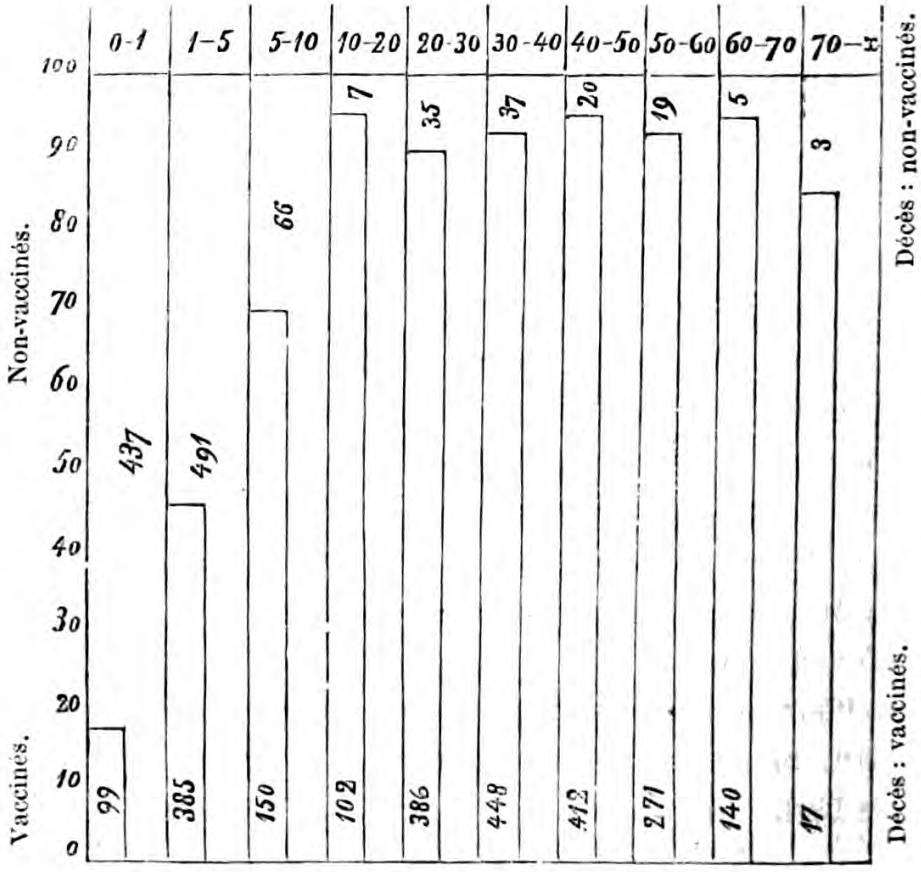
Pour en finir avec la statistique, permettez-moi maintenant, messieurs, de vous signaler un relevé du dr Muller, de Berlin, qui devrait servir de modèle pour tous les tra-

vaux de cette nature : c'est le tableau des décès par la variole, dressé selon les classes d'âge et les deux catégories des vaccinés et non vaccinés, à Berlin, de 1870-1871.

Après avoir lu les résultats de cette statistique officielle, extraite des archives de la police sanitaire si rigoureusement exercée dans la ville de Berlin, il n'est pas un homme sérieux qui pourra se dispenser de conclure avec nous que la vaccine est une illusion, une erreur, une duperie, une mystification qui fait « massacrer des innocents » et qui n'a jamais « préservé personne. »

Voici cette remarquable statistique :

(Les chiffres horizontaux indiquent les catégories d'âge. Les lignes horizontales indiquent la limite proportionnelle °/₀ entre les vaccinés et les non vaccinés, ceux-ci au-dessus, ceux-là au-dessous des lignes noires. Les nombres dans les colonnes indiquent la mortalité vraie des vaccinés et des non vaccinés selon les âges.)



Jusqu'à un an, les vaccinés sont aux non vaccinés, comme 18 à 82; et les morts de variole, pour ces deux catégories, comme 99 à 437, ce qui donne une proportion défavorable pour les vaccinés.

De 1 à 5 ans, époque à laquelle les enfants non vaccinés sont généralement des sujets débiles qu'on a dispensés provisoirement de la vaccine : les chiffres donnent 44 vaccinés sur 56 non vaccinés, et 385 morts d'un côté, 491 de l'autre. Ces proportions sont absolument égales malgré la débilité propre à la catégorie des non vaccinés qui les expose à une plus grande mortalité.

De 5 à 10 ans, la proportion des morts est plutôt défavorable pour les vaccinés.

En présence de cette grande mortalité des enfants vaccinés récemment, que devient le conte classique de la préservation vaccinale pour 10 années, si bénévolement admis par M. Liouville?

A partir de 10 ans, les chiffres de la mortalité des vaccinés deviennent de plus en plus expressifs. De 20 à 30 ans, les vaccinés étant de 9 sur 10, leur mortalité est de 11 sur 12. Au delà de 70 ans, les vaccinés étant aux non vaccinés comme 5 2/3 à 1, la mortalité suit exactement la même gradation de 5 2/3 à 1.

Où se trouve la salutaire influence de la vaccine? Qui, en présence de ces chiffres, oserait encore prôner cette pratique? Enfants, adultes et vieillards, vaccinés, tous succombent à la petite vérole comme s'ils n'avaient pas été inoculés; ils fournissent même un contingent plus grand à la maladie que les non vaccinés; partout ils sont atteints les premiers par l'épidémie, qu'ils propagent aux non vaccinés. Et c'est pour arriver à un semblable résultat qu'on

expose tous les âges à cette coutume empirique de vaccination et revaccination, dont les effets certains, immédiats, sont d'altérer la santé et de compromettre la vie des sujets qui s'y soumettent!

Pour ne pas devancer l'avenir, je ne me hasarderai pas à trancher ici la question controversée de l'identité ou de la non identité des virus de la variole et de la vaccine chez l'homme, mais j'ajouterai que, pour les brebis, cette question est définitivement résolue en Allemagne et en Angleterre. Tout le monde est d'accord dans ces deux pays, vétérinaires, agriculteurs et médecins, sur ce point que, non seulement l'inoculation du virus claveleux, mais aussi la simple vaccination ovine, loin de prémunir les troupeaux contre la clavelée, ne font que procréer et propager cette maladie; et que la vaccination la plus anodine, en apparence, peut être suivie d'une variole confluente noire, hémorragique, des plus intenses.

Ces observations, qui remontent à 1806 et au delà, ont amené le parlement prussien, en 1875, et le parlement allemand ensuite, en 1879, à prendre cette résolution proposée par les sections vétérinaires et les comités d'agriculture :

« *Le meilleur moyen d'empêcher et d'atténuer les épidémies de variole chez les brebis, c'est d'interdire sévèrement toute espèce de vaccination* » (23 juin 1879).

On sait les relations étroites qui rattachent la variole humaine à la variole des moutons.

On sait, d'après nos tableaux, ce que le vaccin humain ou animal produit chez l'homme.

Que les gouvernements et les législateurs, s'inspirant de la leçon et de l'expérience du parlement allemand (23 juin 1879), concluent eux-mêmes.

PÉRORAISON. — Messieurs, j'arrive à la fin de ma tâche. Un dernier mot. Le rapport de la commission a fait vibrer devant vous une corde qui a pu toucher vos cœurs. En dépit des « déclamations sacrilèges » des anti-vaccinateurs, vous a-t-on dit, il ne se trouvera pas une seule mère « qui ne comprenne, ne suive et ne bénisse » votre commission! Je ne réclame les bénédictions de personne, mais je tiens à vous dire que nous aussi, anti-vaccinateurs, nous avons des femmes et des enfants, que nous aimons et dont la vie nous est précieuse; et quand nous prenons le « sacrilège » parti de les soustraire aux effets de la vaccine, nous comprenons toute la responsabilité que nous assumons devant la science, devant l'humanité et devant l'histoire. Eh bien! loin de nous faire reculer, le sentiment de cette grave responsabilité excite notre zèle et exalte notre courage, parce que nous avons, dans les principes que nous professons, la foi vivace qui fait soulever des montagnes et qui fait jaillir la vérité du fond des ténèbres. Oui, nous avons des enfants et des femmes, que nous chérissons autant que vous chérissez les vôtres, et que venons-nous vous demander? Que sous le nom d'une doctrine sujette à contestation, que nous combattons de toutes nos forces, vous ne veniez point nous imposer vos pratiques. Est-ce que nous voulons, nous, vous empêcher, par une loi politique ou administrative, de vacciner vos proches et de vous revacciner tous, tant qu'il vous plaira? Non, jamais cette pensée ne surgira de notre cerveau. Et pourquoi sollicitez-vous contre nous la contrainte de la loi, de l'amende et de la prison, sous un prétexte humanitaire sans valeur, sans fondement, qui, nous l'affirmons, n'est qu'un préjugé en faveur d'une coutume homicide!

Ah, ne l'oubliez pas, messieurs, chacun de nous peut se tromper, peut errer, les plus grands savants et les plus grands génies ont leurs aberrations; mais il est quelqu'un qui ne doit pas, qui ne peut pas porter des jugements téméraires, contraires à la science positive; quelqu'un qui est plus grand que chacun de vous, plus grand que votre secrétaire perpétuel, que votre président, que Pasteur, que Virchow, que tout votre bureau lui-même, c'est l'Académie! Si votre commission avait absolument raison, vous n'auriez rien à regretter à la suivre, à la bénir aussi; mais si les anti-vaccinateurs sont dans le vrai, si l'avenir venait confirmer les idées et les faits qu'ils invoquent contre la vaccine, qui de vous ne déplorerait pas le vote qui aurait engagé dans une fausse voie l'Académie de médecine de Belgique, cette arche sainte, ce sanctuaire sacré de la science médicale, auquel vous êtes si étroitement attachés?

Vous êtes-vous, d'ailleurs, rendu bien compte de ce que peut être la vaccine obligatoire dans la vie sociale? Avez-vous interrogé l'Allemagne et la Grande-Bretagne pour connaître les tourments qui sont infligés aux malheureux qui ne veulent pas s'exposer aux effets de la vaccine? Pour eux ou plutôt contre eux, chaque médecin vaccinateur se constitue en espion, en dénonciateur. Chaque agent de police devient un inquisiteur d'abord, et puis un gendarme. Pour échapper aux amendes multipliées, que les riches payent et que les pauvres, faute d'argent, voient convertir en un certain nombre de jours de prison, il faut tromper le médecin, tromper la justice, changer à chaque semestre de résidence, de quartier et même de ville. Et c'est dans nos pays démocratiques qu'on introduirait une semblable lé-

gislation, que l'aristocratie peut seule éluder de cent façons différentes!

Songez-y, messieurs! il s'agit de savoir si vous laisserez à chaque Belge la faculté, la liberté de se faire vacciner et revacciner quand il le voudra, ou si vous l'obligerez à subir cette pratique malgré lui.

Je n'ai rien de plus à vous dire ici sur ce sujet. Je n'ai ni l'intention, ni le droit de vous soumettre une proposition, mais il me sera permis de dire ce qu'à votre place je ferais.

En présence de l'état actuel de la science, en considération des objections et des controverses soulevées par les anti-vaccinateurs, qui ne demandent que la lumière et qui s'efforcent de la faire luire, je me dirais : « il n'y a nul péril en la demeure, le vaccin est indirectement appliqué dans notre pays d'une manière obligatoire, attendons! Mais en attendant, inspirons-nous de cette belle devise qui devrait être inscrite au frontispice de tous les temples, de toutes les écoles, de toutes les académies : *Laboremus*. Oui, avant de voter, avant de faire imposer la vaccine par les parlements, *Laboremus!* étudions, examinons, travaillons tous ensemble! »

Résumé. — Et maintenant, messieurs, résumons en quelques mots les réflexions et les faits que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer.

La *médecine préventive* est appelée à jouer un rôle prépondérant dans les générations futures. C'est à *prévenir* les maladies, tant aiguës que chroniques, isolées qu'épidémiques, que les savants praticiens, initiés à toutes les ressources de l'art médical, s'attacheront le plus spécialement à l'avenir.

L'*hygiène privée et publique*, par l'application des mesures

préventives, des moyens désinfectants et des agents destructeurs de tout germe, organisé ou non organisé, qui sont en sa possession, constitue le seul préservatif efficace et sûr que l'homme puisse opposer aux épidémies de petite vérole et d'autres maladies contagieuses.

La *vaccine* est une pratique funeste à la santé. Elle est la cause de la persistance et de la propagation de la variole chez les peuples civilisés.

La *vaccine obligatoire* est un crime de lèse-humanité.

M. Warlomont. — Messieurs, aucun orateur ne demandant la parole, ma qualité de rapporteur m'appelle à répondre au discours que vient de prononcer M. Boëns.

Je n'aurai pas à revenir sur les questions doctrinales qui ont été soulevées dans le rapport, puisque le précédent orateur ne s'y est pas arrêté. Quant au reproche qui m'est personnellement adressé d'avoir laissé échapper dans mon travail des expressions peu bienveillantes pour les anti-vaccinateurs, il me suffira de faire remarquer qu'elles ne s'adressaient qu'à ceux d'entre eux qui pouvaient n'avoir pas été de bonne foi.

J'en viens donc, sans plus tarder, aux tableaux statistiques que M. Boëns présente aujourd'hui à l'Académie. Ces tableaux, je les accepte comme exacts, sincères et véritables. Je demande seulement à les interpréter.

Ces statistiques ont pour but de démontrer que, durant certaines périodes, dans certains lieux, les sujets vaccinés ont été éprouvés par la variole, les uns autant, les autres plus que les autres, et l'on en conclut que la vaccine, non seulement ne préserve pas de la petite vérole, mais qu'elle l'enfante. Dans le premier cas, c'est simplement un fait négatif, isolé, auquel nous opposons les myriades de

faits où la vaccine a été franchement préservatrice. Si c'est d'enfants qu'il s'agit, c'est qu'ils avaient été portés sur les listes, sans vérifications suffisantes, comme ayant été vaccinés *avec succès*. Or, chacun sait combien de fois l'on enregistre comme tels des sujets qui n'ont même pas été représentés, et chez lesquels on rechercherait vainement, plus tard, les cicatrices caractéristiques de la vaccine réussie. Si c'est d'adultes qu'il est question, nous acceptons les chiffres des deux mains, parce que nous reconnaissons que l'immunité créée par la vaccine n'est que temporaire. C'est pour cela que nous demandons la revaccination obligatoire.

Mais nos adversaires vont plus loin : ils prétendent que, dans certaines localités, ce sont les vaccinés qui ont été frappés en plus grand nombre proportionnellement aux autres; que ce sont eux qui ont créé et entretenu les épidémies. C'est la reproduction de la sentence: *Semez la vaccine, vous récolterez la variole*. Nous avons démontré scientifiquement la fausseté de cette allégation, nous n'avons pas à y revenir. Nos contradicteurs en imposeraient donc? Nous ne prétendons pas cela, et nous nous sommes déjà défendu d'avoir semblable pensée. « Qui nous prouve, avons-nous dit, que ceux qui ont écrit dans toute la sincérité de leur âme, nous le voulons croire : « *Ne vaccinez « pas beaucoup d'enfants, en même temps, dans le même « endroit,* » ou : « *Semez le vaccin, vous récolterez la variole,* » n'ont pas fait de la variolation, sans s'en douter, et alimenté ou éternisé ainsi la maladie? » Cet argument reste debout.

Nous ne discutons donc pas vos résultats négatifs. Nous ne disons pas que ce sont des exceptions qui confirment la règle; nous sommes plus radicaux; nous disons et nous

prouvons que vos chiffres ont été tout bonnement colligés dans des lieux ou dans des temps où la vaccination, pratiquée avec la désinvolture qui n'est que trop commune, et qui doit être poussée aux plus extrêmes limites là où la confiance manque, n'avait pas pu sortir ses effets. Et nous ajoutons cette formule, que nous défions quiconque de renverser et qui constitue ce fait positif contre lequel tous les faits négatifs du monde ne pourraient rien : *Il est sans exemple qu'un sujet vacciné ou revacciné* RÉCEMMENT *avec succès ait été pris de la variole.*

Nous trouvons donc parfaitement inutile de disséquer et de discuter vos statistiques : nous les acceptons toutes, telles qu'elles sont ; mais nous repoussons, par une fin de non-recevoir absolue, toute prétention à la signification qu'on voudrait leur donner. La seule qu'elles comportent est celle-ci : dans les lieux où elles ont été dressées, les populations n'étaient pas préservées par des vaccinations bien faites ; elles comprenaient des sujets qui n'avaient eu qu'une pseudo-vaccine, et qu'une indifférence ou une négligence coupable avait fait porter sur les listes comme ayant eu une vaccine valide. Et cette négligence ne se comprend que trop de la part de ceux qui considèrent la pratique de Jenner comme *un empoisonnement progressif de l'humanité par une matière en voie de putréfaction.* Ne devons-nous pas supposer, en effet, que ceux-là, du moins, n'ont dispensé le poison qu'aux doses les plus faibles possibles, et créé ainsi l'apparence seule de l'immunité.

Quant à cette assertion que la vaccine sèmerait la variole, voici notre réponse ; elle est topique : Si le fait était vrai, la variole devrait être, en raison de la multiplicité des vaccinations, plus fréquente partant dans les pays à vacci-

nation obligatoire. Or, c'est le contraire qui a lieu, ainsi que le démontre le diagramme qui accompagne le rapport.

Je termine en empruntant à l'honorable M. Janssens, de qui je le tiens, cet argument topique : vous prétendez, disons-nous aux adversaires de la vaccine, que l'on sème la variole en vaccinant; eh bien! prenez notre diagramme, retournez-le, mettez-lui les pieds en l'air et la tête en bas, et, si votre thèse est vraie, vous en aurez ainsi la vivante expression. Soutenez donc cela.

M. Boëns. — Messieurs, on nous dit dans le rapport que nous n'avons pas de statistique *sincère*. Or les chiffres que je vous ai cités, m'ont été communiqués par les hommes les plus honorables. Ces chiffres, je les accepte de bonne foi. Ces documents m'ont été envoyés de Stockholm et d'ailleurs. Ils doivent être sincères et véritables puisque vingt personnes honorables l'affirment. Je crois donc qu'avant de prendre un parti aussi radical que celui que M. Warlomont vous propose d'adopter, vous devriez vous donner la peine d'examiner ces chiffres. Nous avons été trompés bien des fois par des statistiques illusoires; ainsi, par exemple, M. A. J. Martin, de Paris, a cité une statistique copiée de Kusmaul ou de Guttstadt, qui a suivi Kusmaul; et le rapport de M. Warlomont a reproduit le même fait; c'est un diagramme par lequel on montre que, dans les pays où la vaccine est obligatoire, les décès causés par la variole ont été moins considérables que dans ceux où la vaccine n'est pas obligatoire. Et l'on a indiqué parmi les pays où la vaccine est obligatoire, l'Écosse, et parmi les autres pays, la Prusse. La Prusse a un chiffre de mortalité considérable, et l'on a dit : « Vous voyez bien : l'Écosse où la vaccine est obligatoire a moins de décès causés par la variole que la Prusse. »

Or, l'Écosse, où la vaccine est obligatoire, comptait, en 1870, un nombre moins grand de vaccinés que la Prusse, où la vaccine était sévèrement pratiquée par une administration toute puissante.

On sait comment les règlements administratifs sont observés en Prusse.

C'était la Prusse qui renfermait le plus de vaccinés, comparativement à ce qui existait en Écosse.

Pour me servir des expressions que je viens d'entendre, il faut donc retourner le diagramme, mettre en l'air ce qui était en bas, et réciproquement.

Cela vient corroborer les tableaux et les chiffres que nous indiquons, et s'il y a des statistiques qui doivent être retournées, ce ne sont pas les nôtres ; ce sont les anciennes statistiques que nous avons contrôlées, et qui pèchent presque toutes par la base, comme l'ont dit MM. Lotz et Bertillon.

M. Warlomont. — Il paraîtrait, d'après ce que vient de dire M. Boëns, qu'une erreur a été commise, que nous aurions à tort fait figurer la Prusse parmi les pays où la vaccination est facultative. Je me permettrai de lui faire observer que le diagramme porte sur la vaccination de 1868 à 1873, et que la vaccination n'est obligatoire en Prusse que depuis 1874.

M. Boëns. — C'est ce que je viens de dire.

M. le Président. — N'interrompez pas.

M. Boëns. — Qu'on ne me prête pas des paroles que je n'ai pas prononcées.

M. le Président. — Vous répondrez.

M. Warlomont. — Pardon, M. le Président, si j'ai commis quelque erreur, je ne demande qu'à la voir rectifier avant de m'y engager plus avant.

M. Boëns. — J'ai dit qu'en Prusse, où la vaccine n'était pas obligatoire, il y avait proportionnellement plus de vaccinés qu'en Écosse, où elle était obligatoire.

M. Janssens. — Qu'en savez-vous?

M. Boëns. — Je le sais parfaitement. Comment affirme-t-on le contraire?

M. Warlomont. — C'est une allégation pure et simple ; ne pouvant la contrôler, je ne m'y arrêterai pas.

M. Crocq. — Comment connaît-on le nombre des vaccinés?

M. Warlomont. — Oui, et comment sait-on surtout de quelle façon la vaccination a été faite? Qui donc nous dit que si, numériquement, elle était plus répandue en Prusse, ce qui resterait à démontrer, elle n'était pas mieux faite en Suède où, depuis soixante ans, elle est l'objet de la constante sollicitude de l'État.

M. Boëns me fait dire que je récuse ses statistiques. C'est le contraire qui est vrai. Mon premier mot a été pour dire que j'en admettais l'exactitude. Je persiste dans cette attitude, que je considère comme la seule qui soit compatible avec le respect qu'on doit toujours à des adversaires scientifiques. Je dis seulement que l'interprétation qui en est donnée n'est pas soutenable.

M. Lefebvre. — Messieurs, je me promets d'étudier avec le plus grand soin les statistiques considérables que vient de citer M. Boëns. Cependant, je ne veux pas attendre jusqu'à la prochaine séance pour faire une observation qui se sera déjà présentée, sans doute, à l'esprit de plusieurs d'entre vous.

Il y a une statistique que nous faisons tous depuis longtemps ; ceux qui ont été sur les bancs de l'école avec moi

la font depuis 34 ou 35 ans, et les vétérans de cette Compagnie la font depuis 50 ans et même davantage. Cette statistique peut se résumer en peu de mots : chaque fois que nous avons vacciné un enfant avec du bon vaccin, que nous avons surveillé la vaccination, que nous avons constaté, au huitime jour, qu'elle était légitime, si nous avons pu suivre cet enfant pendant le cours de sa vie, jamais nous ne l'avons vu atteint de la petite vérole dans ses vingt premières années. La revaccination renouvelle ensuite la même immunité.

Voilà un fait éclatant comme le soleil et qui ne se dément jamais.

Une seconde observation : je n'attache, quant à moi, aucune valeur aux statistiques médicales qui émanent de la police, comme à Cologne, où elle rapporte qu'autant d'enfants ont été vaccinés, qu'autant avaient eu la petite vérole, etc. Je récuse la police en cette matière, comme on me récuserait moi-même si je voulais diriger la police de Bruxelles.

M. Crocq. — Elle est évidemment incompétente.

M. Lefebvre. — Telles sont les observations que je désirais présenter, me réservant, je le répète, d'étudier avec le plus grand soin les documents statistiques qui ont été produits.

M. Craninx. — Messieurs, lorsque le rapport de M. Warlomont a été lu, M. Boëns a fait parvenir à l'assemblée, ce qu'il appelle ses principes, et nous avons demandé que ces espèces d'aphorismes fussent imprimés dans le Bulletin, afin que tout le monde pût en prendre connaissance. Il y a, messieurs, du bon dans ces principes ; mais il renferment aussi bien des choses que je ne puis admettre sous aucun rapport.

D'après le 1er *principe* de M. Boëns, « l'hygiène bien appliquée en tout temps est, avec la médecine préventive bien entendue, le seul préservatif sérieux, certain, contre les épidémies de petite vérole, tant durant leur cours qu'avant leur arrivée. »

Or, il est prouvé, messieurs, que, quelles que soient les précautions hygiéniques que l'on prenne lorsqu'une épidémie de petite vérole règne, celle-ci pénètre dans la maison du riche comme dans celle du pauvre.

Sans doute on prévient beaucoup de maladies par l'hygiène bien appliquée; je vais même plus loin : je dis qu'on guérit beaucoup plus de maladies par l'application des règles de l'hygiène, que par l'emploi des médicaments, d'après n'importe quelle doctrine; que ce soit d'après la doctrine allopathique, ou d'après la doctrine homœopathique; mais l'observation des règles de l'hygiène ne suffit pas pour prévenir l'invasion des maladies épidémiques, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole, etc., c'est un fait incontestable.

Le 2e *principe* exprime que « la contagion de la petite vérole ne peut être prévenue d'homme à homme que par des mesures hygiéniques prises à l'égard de tous les varioleux indistinctement, ainsi que des locaux et localités où la maladie apparaît. »

Cela est connu de tous le monde. Il est évident qu'il ne faut pas mettre une personne bien portante en rapport avec un scarlatineux, un varioleux ou n'importe quelle autre personne atteinte d'une maladie contagieuse quelconque.

Le 3e *principe* dispose que « l'immunité *proportionnelle* contre les atteintes de la petite vérole qui résulte d'une pre-

mière attaque de cette maladie ou d'une maladie antérieure plus ou moins généralisée, soit naturelle, soit *artificielle*, c'est-à-dire *provoquée* par des moyens préventifs, tels que la médecine hygiénique, la vaccine, etc., est toujours illusoire et ne peut dispenser personne de l'application stricte des deux principes précédents. »

L'hygiène, lorsqu'il s'agit d'une épidémie régnante, est un excellent moyen préservatif ; mais cela n'empêche pas de recourir aux autres moyens dont l'efficacité est reconnue.

Comme le faisait observer tout à l'heure M. Lefebvre, nous avons, l'un 30, l'autre 40 à 50 années d'expérience. Nous avons vu ce qui se passe dans notre pays, et nous avons pu nous éclairer, sans devoir recourir à l'Allemagne ou à l'Écosse ou à d'autres pays. Tout le monde a eu l'occasion d'observer ce que la vaccine peut produire. L'expérience nous a prouvé que, lorsque la variole se manifeste dans une maison, celui qui a été bien vacciné est toujours préservé ; tandis que celui qui ne l'a pas été est toujours une des premières victimes de la maladie. De même qu'ayant déjà été atteint de fièvre typhoïde ou de scarlatine, on est préservé de ces affections, tandis que les autres membres de la famille la contractent. Ce n'est aussi, qu'exceptionnellement, on le sait, qu'on est atteint une seconde fois de la variole.

M. Boëns établit, dans son 4e *principe*, que « la vaccine est une *piqûre septique* dont les effets généraux varient en intensité selon la *quantité* et la *qualité* du produit pathologique qui a été inoculé. Le vaccin jeune et frais n'occasionne qu'exceptionnellement une manifestation générale et même locale. C'est le cas des vaccinés et revaccinés sans succès. Le vaccin vieux ou en pleine maturité est *toujours*

suivi, comme toute piqûre anatomique, de phénomènes locaux et quelquefois généraux plus ou moins prononcés. »

Une piqûre septique! Cela me paraît bien singulier!

Il est évident, en tout cas, que la vaccine produit un effet local, souvent un effet général résultant de l'action du virus inoculé, et cet effet local et général donne la démonstration du succès de l'opération.

Mais, dire que c'est une piqûre septique, c'est commettre une grave erreur; on ne peut pas mettre la vaccine sur la même ligne que les maladies septiques qui produisent des accidents redoutables, telles que l"infection purulente et ses suites plus ou moins graves.

Le 5e *principe* dispose que « les vaccinations et revaccinations suivies de succès sont souvent accompagnées ou suivies de conséquences fâcheuses pour la santé des inoculés. Ces sujets forment le contingent de ce que nous appelons *les victimes du vaccin.* »

A mon avis, messieurs, on ne devrait pas énoncer une semblable opinion. Je reconnais que la vaccine peut, dans quelques cas exceptionnels très rares, déterminer certains phénomènes généraux inquiétants; mais dire qu'il y a des victimes du vaccin, c'est inadmissible. Les non vaccinés sont victimes de la variole, comme je l'ai constaté récemment encore dans la ville de Diest, et non les vaccinés. Ceux-ci échappent à cette terrible maladie qui, dans certaines épidémies, est aussi meurtrière que la peste.

M. Crocq. — En a-t-on jamais vu des victimes du vaccin?

M. Craninx. — Pour ma part, je n'en ai jamais vu; on n'est donc pas fondé à se servir de ce terme.

Le 6e *principe* est ainsi formulé : « Comme il est dit au

principe 3, les maladies inflammatoires et septiques qu'engendrent les inoculations des vaccins soit humain, soit animal, laissent après elles, et pendant un temps très souvent de courte durée, variable selon diverses circonstances faciles à déterminer, une immunité qui est *toujours illusoire*, comme toute immunité due à une affection générale qui a remué tout l'organisme et dont celui-ci a pu se guérir complètement. »

Je ne puis pas admettre cette manière de voir : pour moi, l'effet de la vaccine est réel ; le vaccin prévient la variole, comme une première atteinte de cette maladie, de même qu'une première fièvre typhoïde prémunit également contre une nouvelle atteinte de cette affection. En général, ces maladies sont des monopathies.

D'après le 7e *principe*, « les faits recueillis en Allemagne et en Angleterre démontrent que la pratique vaccinale, après avoir momentanément produit une affection de nature putride chez certains vaccinés et les avoir, lorsqu'ils ont recouvré la santé, rendus, pendant un laps de temps très court, moins aptes à contracter la petite vérole ou toute autre maladie zymotique, crée chez les sujets une prédisposition consécutive à être de nouveau atteints de l'une ou l'autre de ces maladies, lorsque leur état constitutionnel propre est revenu dans ses conditions habituelles. »

Je crois que la vaccination ne produit aucune prédisposition maladive quelconque, et que les mots qui se trouvent dans le 7e principe ne devraient pas se trouver sous la plume d'un médecin.

Je passe au 8e *principe*, rédigé en ces termes : « Donc, en introduisant dans l'organisme humain un germe de pourriture, nommé vaccin animal ou vaccin humain, on y

suscite une *maladie infectieuse*, qui peut avoir de graves conséquences prochaines ou éloignées pour la santé; on prédispose ensuite cet organisme à entrer de nouveau en fermentation ou en putréfaction, lorsqu'après avoir été passagèrement dépouillé par la maladie vaccinale d'une partie de ses sucs putrescibles, il est rentré dans son état normal.

» A côté de ces effets désastreux, de ces désavantages incontestables, la fièvre de pourriture vaccinale, comme toute autre maladie plus ou moins généralisée dont le papatient a triomphé, laisse dans l'organisme une certaine inaptitude à être influencé par les mêmes produits morbides, inaptitude qui dure jusqu'au moment plus ou moins rapproché où il aura récupéré tous ses sucs et tous ses tissus normaux. »

Un germe de pourriture! Cela est trop fort.

M. Boëns. — Oui, oui.

M. Craninx. — Allons donc! Avez-vous jamais vu cela?

M. Boëns. — Oui, oui, et bien d'autres choses encore.

M. Craninx. — Ne dites donc pas des choses comme celles-là!

M. Boëns. — Je le soutiens.

Un membre. — On parle toujours de victimes du vaccin : pourrait-on en indiquer le nombre?

M. Boëns. — Ce nombre est indiqué dans un de mes tableaux.

Un membre. — Mais vous dites que vous ne vaccinez pas.

M. Boëns. — Moi, non. Mais d'autres vaccinent et vaccineront encore.

Un membre. — Vous voulez qu'on ne vaccine plus?

M. Boëns. — Pardon, nous ne demandons pas qu'on ne vaccine plus, *de par la loi;* c'est-à-dire que la *loi défende* de vacciner. *(Bruit.)*

M. Craninx. — En résumé, messieurs, je n'ose pas dire que les principes de M. Boëns sont tous condamnables, mais je déclare que plusieurs sont faux, inadmissibles et propres seulement à effrayer les populations que nous avons le devoir de rassurer.

Voix nombreuses. — Très bien, très bien.

M. Warlomont. — Je demande la parole pour conclure. Il me semble, messieurs, que la question peut être considérée comme vidée après les derniers mots que vient de prononcer M. Boëns. L'honorable membre vient de déclarer ceci : « *Nous ne demandons pas qu'on ne vaccine plus.* »

Je demande qu'on veuille mettre cette déclaration en regard de celle-ci :

« *Les anti-vaccinateurs considèrent la pratique de Jenner comme un empoisonnement progressif de l'humanité par une matière en voie de putréfaction.* »

Mais quels hommes seriez-vous donc?...

M. Boëns. — Je demande la parole pour un fait personnel.

M. le Président. — Vous aurez la parole tout à l'heure.

M. Warlomont. — Quels hommes seriez-vous donc, si vous vous dispensiez de déconseiller la vaccine, sachant, comme vous le prétendez, que la vaccine est un empoisonnement?

Remarquez qu'il n'y a rien de personnel dans mes paroles, car j'ai eu soin de prendre la forme conditionnelle.

M. Boëns.—Vous interprétez inexactement mes paroles.

M. Warlomont. — J'ajoute : Quels hommes seriez-vous si, étant convaincus que la vaccine est un empoisonnement, vous continuiez à vacciner?

M. Boëns. — Je ne vaccine pas.

M. le Président. — Vous aurez la parole à votre tour, M. Boëns.

M. Warlomont. — Je n'ai rien à ajouter M. le Président.

M. le Président. — Dans ce cas, la parole est à M. Boëns.

M. Boëns. — Je ne demande qu'à faire une simple observation; je ne veux pas discuter ici les principes que j'ai émis; cela nous mènerait trop loin; mais ces principes qu'on trouve inexacts et absurdes, je les défendrai quand on le voudra et devant qui on voudra, en maintenant de A à Z tous les termes dont je me suis servi.

Je répondrai maintenant quelques mots à M. Warlomont.

Je vous prie de croire, messieurs, que je ne suis pas né d'hier et que je ne suis pas atteint de l'illogisme qu'on veut bien me prêter.

Oui, j'ai dit que la vaccine est un empoisonnement graduel de l'humanité; mais je pense que mes adversaires sont réellement convaincus de l'efficacité de la vaccine. Et quand même : je ne demande pas que la loi vous défende de vacciner, mais seulement qu'elle ne nous oblige point à nous faire vacciner malgré nous.

Voilà ma pensée, voilà ce que j'ai dit toujours, ici et ailleurs.

On a parlé de sincérité dans les convictions. Certes, pour ma part, j'ai assez fait connaître que je répudiais la vaccine,

que je ne vaccinerais plus ni femmes, ni enfants. Cependant vous trouverez dans mes 22 tableaux, comme je l'ai dit dans mes discours, le relevé d'une série de revaccinations que j'ai pratiquées par ordre du Ministre de la justice à la prison de Charleroi. Après avoir, par lettre officielle, reporté la responsabilité à qui de droit, j'ai obéi comme fonctionnaire. J'ai accompli le devoir de ma charge. *(Bruits divers.)*

En revaccinant ces prisonniers, je trouvais, au reste, l'occasion d'une étude intéressante, et j'ai fait officiellement mes réserves quant à la question scientifique. Eût-il mieux valu donner ma démission de médecin de la prison?

Des membres. — C'est ce qu'il fallait faire.

M. le Président. — Je vous en prie, messieurs, n'interrompez pas.

M. Boëns. — Pas si niais! Un autre aurait pris ma place et les prisonniers n'y auraient rien gagné : ils eussent été vaccinés, même malgré eux, par mon remplaçant. D'ailleurs, qu'est-ce que ces histoires prouvent pour ou contre la vaccine?

Voilà comment j'ai pu étudier à nouveau les effets de la revaccination sur un grand nombre de sujets.

Encore une fois, je ne dis pas que la loi doit interdire de vacciner; je vous dis, au contraire : vaccinez tant que vous voulez, si c'est votre conviction, mais ne nous imposez pas, à nous, la vaccine obligatoire.

En ce qui nous concerne, nous ne voulons agir que par la persuasion, en faisant appel à toutes les convictions; et il est probable qu'après avoir examiné et scruté les statistiques nouvelles, comme je l'ai fait moi-même, vous arriverez aussi à répudier la méthode de Jenner.

M. Crocq. — M. Boëns vient en quelque sorte de se poser en victime d'un ordre ministériel.

M. Boëns. — Pas du tout.

M. Crocq. — Mais si, puisque, comme fonctionnaire public, vous avez été obligé, contrairement à vos convictions, de vacciner les détenus de la prison à laquelle vous êtes attaché. Eh bien, je vous félicite pour ma part d'avoir procédé à cette vaccination. Je suis heureux pour vous, pour moi, pour tout le monde que ce fait se soit produit. En effet, la vaccine constitue, quoi qu'on ait dit, un prophylactique certain de la variole. On aura beau m'apporter toutes les statistiques qu'on voudra, je maintiens cette manière de voir et je vais prouver qu'elle est fondée. D'abord M. Boëns connait-il un autre prophylactique de la variole? Il a répondu dans des propositions, que M. Craninx vient de discuter, que l'observation rigoureuse des prescriptions de l'hygiène constitue le prophylactique par excellence.

En général, j'accorde aux statistiques fort peu de valeur; une statistique médicale est presque impossible, car les faits que l'on rapproche ne sont presque jamais comparables; mais j'attache beaucoup d'importance aux faits bien observés. Or, voici un fait qui démontre pleinement l'efficacité de la vaccine.

J'étais le médecin d'une famille très aisée, habitant une belle et grande maison avec jardin. Cette maison se trouvait dans les meilleures conditions possibles d'aération.

Les membres de cette famille n'exerçaient aucune profession, jouissant d'une fortune qui leur permettait de vivre sans travailler. Ils menaient une vie très bien ordonnée au point de vue de l'hygiène, et ils ne commettaient aucun excès. Cette famille se composait d'un homme, de

sa femme et de trois enfants; elle avait aussi des domestiques. Ces gens étaient très bien portants; ils jouissaient d'une santé florissante et ils n'avaient jamais été malades.

Un jour, je fus appelé près de la dame, personne grande, forte, bien constituée. Elle présentait des phénomènes fébriles intenses, dont de prime abord je ne me rendis pas bien compte. Mais, le second jour, de petites taches rouges commencèrent à apparaître sur le visage et, le troisième jour, la nature du mal était bien évidente : c'était une variole confluente des plus graves, puisque dès le second jour l'éruption était apparue. Neuf jours après, cette dame succombait à la petite vérole, sans qu'on eût pu dire où elle avait contracté le germe de cette maladie; peut-être était-ce en allant visiter les pauvres; peut-être était-ce dans un magasin; bref : elle avait succombé à cette terrible maladie.

Son mari était tout aussi bien constitué, tout aussi bien portant; dès que je constatai la nature du mal dont sa femme était atteinte, je lui proposai la revaccination.

Ce monsieur qui croyait peu aux maladies, parce qu'il n'en avait jamais été affecté, qui se moquait même un peu de la crainte des maladies pour la même raison, me dit qu'il n'avait pas peur. J'insistai, mais il ne consentit pas à se laisser revacciner.

La dame n'était pas plus tôt morte que ce monsieur à son tour se mit au lit; il présenta des phénomènes absolument identiques à ceux qui avaient été constatés chez sa femme, et, huit jours après, il eut le même sort que celle-ci.

Leurs trois enfants avaient été vaccinés. Ils étaient âgés de 5 à 8 ans. Ils étaient restés dans la maison et s'étaient trouvés en rapport avec leurs parents au début de la maladie de ces derniers; ils ne furent pas atteints, ils n'eurent pas un bouton.

Cela vous prouve qu'il y a quelque chose qui vaut mieux que toutes les statistiques du monde : ce sont les observations bien recueillies.

Aucune condition hygiénique quelconque ne préserve donc de la variole. Le Roi lui-même, vivant dans son palais, entouré de tout le bien être possible, peut avoir la petite vérole, s'il lui est arrivé de se trouver en contact avec un malheureux atteint de cette maladie.

M. Craninx. — Elle est essentiellement contagieuse.

M. Crocq. — Évidemment. Au contraire, les individus, qui ont été revaccinés depuis un temps peu considérable, ne seront pas atteints, même s'ils se trouvent en rapport avec des variolés.

M. Kuborn. — Des enfants vaccinés couchant avec leur mère atteinte de petite vérole seront même préservés.

M. Crocq. — Tel est, messieurs, l'exemple que je tenais à vous citer. Eh bien, une observation de ce genre suffit à elle seule pour faire crouler d'une pièce toutes les raisons théoriques qu'on fait valoir contre la vaccine.

Voulez-vous que je vous signale d'autres observations?

M. Warlomont. — Nous pourrions en citer des centaines ; à quoi bon les rapporter.

M. Craninx. — Il y en a certainement des centaines.

M. Boëns. — Il y a aussi des centaines de faits négatifs.

M. Warlomont. — Un fait négatif ne vaut pas un fait positif.

M. Crocq. — Le fait que j'ai rapporté n'est certainement pas nouveau ni extraordinaire.

C'est un simple exemple que je viens de citer; mais voulez-vous que je vous introduise dans un cercle plus large d'observations ? J'ai observé à l'hôpital Saint-Jean deux

grandes épidémies de petite vérole. Je me suis livré pendant ces épidémies à de nombreuses recherches sur la provenance des individus atteints, sur la manière dont la maladie s'était produite et sur la marche de celle-ci. Le résultat de mes observations a été que la petite vérole ne s'attaque qu'exceptionnellement aux individus ayant moins de 20 ans, ou bien que, dans ce cas, elle est extrêmement bénigne; on peut alors souvent compter les pustules. J'ai vu des individus ayant 10, 20 pustules, et la petite vérole avait fini son évolution. Chez les adultes au contraire la petite vérole se déclarant vers l'âge de 30 ou 40 ans et après cet âge présente une extrême gravité.

Elle a alors ces conséquences mortelles qu'ont décrites les auteurs des deux siècles derniers, avec cette différence qu'il y a un siècle ou deux la petite vérole était plutôt une maladie de l'enfance, tandis qu'aujourd'hui c'est tout le contraire qui se produit. D'où provient ce changement réellement remarquable? Il provient simplement de ce que dans les cas que j'ai observés les jeunes gens, atteints d'une petite vérole insignifiante ne menaçant pas le moins du monde leur existence, avaient été vaccinés avec succès à une époque non encore trop éloignée. Je dis non encore trop éloignée, car il résulte de ces observations, qu'après l'âge de 30 ans les vaccinés et les non vaccinés sont sur la même ligne ; la vaccination a alors épuisé son action, et c'est pourquoi il faut la répéter. Mais la petite vérole si elle atteint, avant leur 30^{e} année, les individus vaccinés avec succès, elle les tue si exceptionnellement que c'est à peine si, sur cent cas de maladies, il y a deux décès. Au contraire, la petite vérole atteignant les non vaccinés est toujours cette maladie excessivement grave décrite par

Sydenham et qui tue 50 à 75 individus sur 100; J'en ai vu succomber 10 sur 15. J'ajoute ceci pour qu'on ne vienne pas soutenir que la petite vérole a perdu de son intensité depuis le siècle dernier : c'est toujours la même petite vérole décrite par Sydenham et ses successeurs ; si nous l'observons bien moins souvent grave et plus souvent bénigne, c'est à la vaccine que nous devons ce résultat.

Les observations dont je vous donne la quintessence ne se rapportent pas à 15 ou 20 malades : elles ont été recueillies sur des centaines de sujets; elles sont donc suffisamment corroborées et constituent, elles aussi, une véritable statistique que l'on peut opposer victorieusement aux adversaires de la vaccine. Ces observations ne sont pas les plus mauvaises, car elles résultent de faits qui ont été examinés et contrôlés; au contraire, les statistiques que produisent les adversaires de la vaccine, et que M. Boëns a soumises à l'Académie, contiennent des faits que l'honorable membre n'a pas pu contrôler, sinon sa manière de voir serait peut-être toute différente; il remarquerait peut-être telle circonstance qui peut avoir été omise et qui modifierait complètement son opinion.

Si donc, messieurs, je suis favorable à la vaccine, ce n'est pas par principe absolu; il n'y a pas de principe absolu en dehors de la raison et des démonstrations expérimentales de la science; ma conviction résulte d'observations fournies par des faits que j'ai vérifiés moi-même. Ce n'est pas par la logique qu'on doit apprendre et enseigner les sciences naturelles, c'est par la constatation des faits; la logique doit s'incliner devant eux. J'appuie donc les conclusions du rapport et j'espère que l'académie n'hésitera pas à les voter

M. Warlomont. — Permettez-moi de vous signaler à mon tour une observation que j'ai faite moi même et qui a une immense valeur. C'était pendant la terrible épidémie variolique de 1870-1871. En exécution d'un vœu parti de très haut, tout le personnel d'une grande maison — 300 personnes environ — se fit revacciner. L'épidémie faisait rage, quand on apprit tout à coup qu'un haut personnage appartenant à cette maison venait de succomber à une variole confluente. Vérification faite, il fut reconnu que, seule, la victime avait dédaigné de se faire revacciner! Avait-elle eu foi dans la puissance préservatrice des règles d'une bonne hygiène? Combien elle l'avait trahie! Pas un seul des revaccinés ne fut seulement effleuré par le fléau.

M. Craninx. — Cela est arrivé très souvent.

— Plus personne ne demandant la parole dans la discussion générale, M. le président la déclare close et ouvre le débat sur les quatre conclusions du rapport, formulées en ces termes :

« 1. Sans la vaccine, les mesures et les moyens indiqués par l'hygiène tant publique que privée, sont impuissantes à préserver l'humanité de la petite vérole.

« 2. La croyance au danger de vacciner et de revacciner en temps d'épidémie variolique n'est pas justifiée. On ne peut pas plus récolter la variole en semant le vaccin, que l'orge en semant le blé.

« 3. La vaccination est toujours une opération inoffensive quand elle est pratiquée avec le soin voulu sur des sujets sains. Elle cause des accidents moins nombreux et moins graves que le simple percement des oreilles.

« 4. Il est vivement à désirer, dans l'intérêt de la santé

et de la vie des citoyens, que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires. »

— Les trois premières conclusions sont adoptées sans opposition.

— M. Barella obtient la parole sur la quatrième conclusion.

M. Barella. — Tout en félicitant l'honorable M. Warlomont de son brillant rapport, qui réduit à néant les attaques des anti-vaccinateurs ; tout en applaudissant à la manière dont il soutient le bon combat pour la vaccine, je ne puis approuver le principe de la vaccination obligatoire. Je pense que c'est aller trop loin. Je ne puis admettre que l'État, qui n'a pas le droit de prescrire un dogme religieux ou politique, prescrive un dogme médical.

M. Warlomont. — C'est son affaire.

M. Barella. — J'estime, en outre, que cette mesure n'est pas nécessaire, parce que personne ne doute de l'efficacité de la vaccine.

Ne vous semble-t-il pas messieurs, qu'adopter cette mesure, ce serait faire supposer que la vaccine court des dangers, que la foi en cette petite opération, conservatrice de la santé et de la beauté humaines, est ébranlée ; ce qui n'est nullement vrai : je ne connais personne qui soit rebelle à la vaccination.

En troisième lieu, la vaccine est obligatoire de fait en Belgique ; aucun enfant ne peut être admis dans une école communale ou dans un autre établissement public quelconque sans être vacciné. Il suffit que les administrations communales, les autorités diverses, les directeurs d'établissements publics et privés tiennent la main à ces dispositions réglementaires, pour que la vaccination soit obligatoire de fait, sans pénalité aucune.

Dans ces conditions, la nécessité de proclamer législativement l'obligation de la vaccine ne me paraît pas démontrée. Cette proposition ne peut avoir pour effet que d'affirmer la foi profonde de l'Académie en la vaccine, la nécessité pour tout le monde d'être vacciné, chose connue et admise universellement.

M. le Président. — Je crois, messieurs, que la question est très importante et qu'il ne faut pas voter au pied levé la résolution qu'elle comporte.

M. Pigeolet. — Je suis du même avis que l'honorable M. Barella : je crois aussi que l'obligation n'ajoutera rien à l'accueil fait à la vaccine. Pour moi, il faut arriver à organiser la vaccination de façon que tout le monde puisse en profiter.

Sous ce rapport, il y a beaucoup à faire. Il faudrait, par exemple, que, dans chaque commune, celui qui est chargé de tenir le registre de l'état civil, inscrivît également tous les nouveau-nés dans un recueil destiné aux médecins vaccinateurs, à la disposition desquels il serait déposé à la maison communale.

A l'occasion des modifications apportées aux attributions des Commissions médicales, on a proposé de leur adjoindre des correspondants dans les différentes parties du pays; leur nombre pourrait être suffisant pour qu'il y en eût au moins un dans chaque commune; ce médecin correspondant, qui serait également chargé de la vérification des naissances et des décès, devrait offrir la vaccination gratuite aux parents des enfants qui ne l'auraient pas subie et qui seraient arrivés à l'âge de trois mois.

M. Crocq. — Ne sont-ce pas plutôt les médecins des pauvres qui devraient être chargés de ce soin?

M. Pigeolet. — Sans doute, les médecins des pauvres pourraient être chargés de la vaccination; mais il faudrait, dans tous les cas, que le correspondant fût un médecin dépendant de la commune; cette institution se rattacherait ainsi aux Commissions médicales provinciales, qui auraient de cette façon des correspondances dans les cantons et même dans les communes.

En agissant ainsi, on pourrait s'abstenir de prescrire l'obligation en matière de vaccination.

La vaccination obligatoire exigerait d'abord un personnel très nombreux; celui-ci devrait être chargé de vérifier si la vaccination a été pratiquée; il faudrait édicter des peines et les appliquer. Or ces inconvénients n'existeraient pas si l'on tâchait d'arriver par la persuasion à une vaccination générale.

Actuellement déjà, il en est ainsi lorsque les administrations communales veulent y tenir la main, notamment lorsqu'elles exigent que les enfants soient vaccinés avant d'entrer à l'école primaire, qu'ils fréquentent presque tous aujourd'hui.

Dans ces conditions, l'obligation ne me paraît pas nécessaire en cette matière, et je n'en suis pas partisan *a priori*.

M. Deneffe. — Notre honorable collègue, M. Barella, ne croit pas qu'il faille rendre obligatoire la vaccination et la revaccination. Il a foi dans l'intelligence de nos populations; il croit qu'elles comprennent l'importance et la nécessité de cette opération. Il en est peut-être ainsi dans la partie du pays où M. Barella exerce la médecine; mais dans les Flandres la situation est bien différente. Une foule de gens sont là convaincus de l'inutilité, sinon du danger de cette précaution. Mon honorable ami, M. le dr Du Moulin, a

publié, au nom de la Commission médicale provinciale, les résultats d'une enquête faite dans plusieurs villages des Flandres. Il en est résulté que, par la négligence des autorités locales et l'incurie ou l'ignorance des habitants, la vaccination était tombée dans un discrédit profond. Des épidémies de variole, une mortalité considérable ont été le châtiment de cette infraction aux règles les plus élémentaires de l'hygiène publique. A Gand, dans ma clientèle, j'ai surpris des faits analogues à ceux que M. Du Moulin a signalés. Des chefs de famille avaient négligé de faire vacciner leurs enfants. Voici un de ces faits, entre autres, qui m'a vivement frappé et qui a bien son éloquence :

Je suis appelé chez un négociant pour donner mes soins à deux jeunes enfants atteints de petite vérole. L'éruption était confluente, fait inouï, comme vous l'a dit M. Crocq, chez des enfants vaccinés. Je manifestai au père tout mon étonnement de voir des enfants de moins de dix ans frappés d'une manière si grave. Il me répondit que lui-même n'avait pas été vacciné et qu'il n'avait pas voulu que ses enfants subissent cette inutile opération. Quelques jours après, les deux enfants mouraient, et la semaine suivante le père coupable succombait à la même maladie.

Que M. Barella lise le travail de M. Du Moulin, et il y puisera cette conviction, que nos populations ne comprennent pas encore l'utilité de la vaccination, et qu'il importe de les sauvegarder, malgré elles, contre le fléau de la variole.

M. Warlomont. — L'Académie de médecine dit au Gouvernement : il est à désirer que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires. Elle lui signale des faits et lui dit encore : si ce vœu venait à être réalisé,

c'est-à-dire si, par des moyens que nous n'avons pas à vous signaler, vous arriviez à ce résultat que tous les enfants fussent vaccinés et tous les adultes revaccinés à temps, vous empêcheriez la variole de faire les ravages qu'elle fait aujourd'hui. Vous arracheriez *annuellement* à la mort la plus épouvantable 2666 environ de vos concitoyens, et à une maladie atroce, laissant des traces indélébiles, plus du triple de ce même nombre de malheureux.

L'Académie ne dit pas autre chose; elle n'entre pas dans l'examen de la question de savoir si la vaccination obligatoire serait une atteinte portée à la liberté individuelle; cette question ne regarde ni les académiciens, ni les médecins; elle regarde exclusivement le législateur. Il ne faut donc pas donner à la quatrième conclusion du rapport une signification qu'elle n'a pas; il s'agit, encore une fois, d'émettre le vœu que le législateur fasse en sorte de rendre la vaccination et la revaccination générales, en employant, pour parvenir à ce but, des moyens qui soient compatibles avec nos mœurs et avec la constitution belge.

L'objection de M. Barella, relative à l'atteinte que la vaccination obligatoire porterait à la liberté individuelle, et les observations que M. Pigeolet a présentées dans le même sens ne me semblent donc pas devoir être prises en considération; je ne pense pas froisser ces honorables membres en exprimant cette opinion. Leurs observations trouveront d'ailleurs admirablement leur place à la Chambre des Représentants, si la question dont il s'agit y est un jour discutée. La Chambre et le Gouvernement auront alors sous les yeux le vœu exprimé par la Compagnie, et elles en feront le cas qu'elles jugeront convenable.

J'adjure, en conséquence, l'Académie de voter notre

quatrième conclusion, avec la signification que voici : l'Académie estime que, si la vaccination et la revaccination étaient rendues obligatoires, les cas de variole tomberaient à un chiffre inconnu jusqu'à ce jour.

M. Masoin. — L'honorable M. Warlomont nous demande de ne pas examiner le droit qu'aurait le législateur d'imposer la vaccination. Je comprends cette attitude et j'accepte, pour ma part, de rester sur le terrain que l'honorable membre nous indique, car ce terrain est très solide. Mais comme deux de nos collègues ont fait des réserves et récusent la vaccination obligatoire au point de vue de la liberté individuelle, je crois qu'il importe de dire qu'il y a au sein de l'Académie des membres qui ne partagent pas cette manière de voir.

Croit-on que le Gouvernement ait le droit de prendre des mesures pour assurer la santé publique? Telle est la question, et il suffit de la poser pour la résoudre. Aussi nous disons : oui, le Gouvernement a le droit, autant que le devoir, de veiller à la sécurité publique et de prendre telles mesures que celle-ci commande, et parmi ces mesures nous rangeons la vaccination obligatoire. Je crois pouvoir me borner à l'affirmation de ce droit, sans entrer ici dans aucun détail de démonstration.

M. le Président. — Ne trouvez-vous pas, messieurs, que vu l'importance de la quatrième conclusion du rapport, le vote pourrait en être convenablement ajourné?

M. Warlomont. — Pas du tout; si cette proposition reste en suspens, ce sera comme si vous n'aviez rien fait.

M. Craninx. — Evidemment.

Je désire, M. le Président, répondre un mot à MM. Barella et Pigeolet. D'après ces honorables membres, grâce aux

mesures prescrites par les administrations locales, la vaccination obligatoire existe d'une manière indirecte.

Je ferai remarquer que la plupart du temps les administrations communales ne remplissent pas leur devoir à cet égard; j'ai pu constater, plus d'une fois, qu'elles ne s'appliquent pas suffisamment à faire pratiquer la vaccination. Il est donc nécessaire que l'autorité supérieure intervienne en vertu d'une disposition législative.

— La discussion est close, et la quatrième conclusion, mise aux voix, est adoptée par la majorité de l'assemblée.

— Ces délibérations seront communiquées à M. le Ministre de l'Intérieur.

V. — COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret, à 2 heures.

1. M. le président donne lecture d'une dépêche ministérielle en date du 24 mars 1881, relative à la revision des statuts et du règlement d'ordre intérieur.

2. Discussion de la proposition faite par le bureau, dans le précédent comité secret, de supprimer le prix de 300 frs.

Après une discussion à laquelle ont pris part M. le président, MM. Thiernesse et Warlomont, l'assemblée adopte à l'unanimité la proposition du bureau, et décide qu'elle s'occupera, dans la prochaine séance, de l'organisation d'un concours spécial, en remplacement des prix supprimés.

3. Dépôt du rapport de la commission de comptabilité sur la gestion du bureau pendant l'année 1880.

Ce rapport sera lu et discuté, s'il y a lieu, dans le prochain comité secret.

— La séance est levée à 2 heures et trois quarts.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Biographie nationale. 1re partie du tome VII. Bruxelles, 1880; 1 vol. 8°.

BADALONI (J.). Les eaux minérales de la République de Saint-Marin ou de la Valle. Savignano di Romagna, 1881 ; 8°.

BARKER (F.). The treatment of croup. New York, 1870; 8°.

— Bloodletting as a therapeutic resource in obstetric medicine. New York, 1871 ; 8°.

— Vaginal hernia, or vaginal enterocele. New York, 1876; 8°.

— Médical gynecology. — Annual address by the president. New York, 1877 ; 8°.

— On the induction of premature labor in the albuminuria of pregnancy. New York, 1878 ; 8°.

BOËNS (H.). Théorie mécanique des sensations. Bruxelles, 1881 ; 8°.

CRÉTEUR (L.). Album micrographique d'histologie générale, comprenant l'étude comparée des tissus végétaux et animaux sous le rapport des textures cellulaires, planches in-4°.

DE PIETRA SANTA (P.). La vaccination obligatoire. — Lettre à Messieurs les Membres de l'Académie de médecine. Paris, 1881 ; 4°.

DESSART (J.-B.). Considérations sur la responsabilité civile des vétérinaires. Bruxelles, 1881; 8°.

EXPOSITION NATIONALE de 1880. — Catalogues officiels des 1ere, 2e, 3e et 4e sections. Bruxelles, 1880; 4 vol. 12°.

PROCEEDINGS of the New York Academy of Medecine, at the first Stated Meeting held in the new Library Hall of the Academy, october 2, 1879. (With annual reports for 1879.) New York, 1880; vol. 8°.

ROBYNS (G.). Statistica dei divorzi e separazioni in Belgio, Olanda e Francia, paragonati alla popolazione rispettiva, classificata per culti professati e al numero dei matrimoni. Roma, 1880; 8°.

SCHIFFERS. — Contribution à l'étude des maladies du larynx. — Syphilis laryngée compliquée de paralysie respiratoire aiguë. Bruxelles, 1881 ; 8°.

SOUVENIR de la remise du portrait lithographié à M. Masoin, professeur de physiologie et de médecine mentale à l'Université catholique de Louvain, le 10 février 1881. Louvain, 1881 ; 8°.

TITECA. — Levée de milice de 1880. — Nouvelles recherches relatives à la taille, au périmètre thoracique et au poids du corps. Rapport à M. l'Inspecteur du service de santé de l'armée. Bruxelles, 1881 ; 8°.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

—

FOREIGN
BODL:LIBR
R
PERIODICALS

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

— M. le ministre de l'intérieur adresse à l'Académie :

a) Un exemplaire des *procès-verbaux des conseils provinciaux de Belgique*, session de 1880 ;

b) *L'Annuaire statistique* (onzième année), 1880 ;

c) Le 36e volume du *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, publié en France par ordre du ministre de la guerre ;

d) Les 10e, 11e et 12e livraisons de l'ouvrage : *Bibliotheca Belgica. Bibliographie générale des Pays-Bas*, publiée par M. Ferd. Vanderhaeghen.

— M. le ministre de l'instruction publique fait parvenir la seconde partie du *Bulletin* de son département pour 1880, et le n° 1 de ce recueil pour 1881.

II. — CORRESPONDANCE.

— M. De Roubaix, membre titulaire, fait hommage de trois volumes in-8°, renfermant la collection de ses publications, et comprenant :

L'un, son remarquable *Traité des fistules uro-génitales chez la femme,* qui a paru en 1870, et qui lui a valu, en 1873, une récompense de 1,000 francs au concours de l'Académie de médecine de Paris pour le prix Itard; le deuxième, ses autres œuvres chirurgicales, et le 3e ses divers travaux relatifs à l'hygiène, à l'enseignement supérieur, etc.

— M. Belval, correspondant, offre, pour la Compagnie, ses membres et ses correspondants régnicoles, 90 exemplaires du *Rapport annuel sur les travaux de la Commission centrale des comités de salubrité de l'agglomération bruxelloise, pendant l'année* 1881, qu'il a présenté à cette commission dans la séance du 13 janvier 1881.

— M. le dr Mallet, à Nice, présente 20 exemplaires d'une brochure qu'il a publiée *sur la médication lactée médicinale,* et ayant surtout pour objet l'emploi du *lait phosphaté* dans le traitement de la phthisie et autres maladies chroniques.

— En faisant hommage d'une publication intitulée : *Nuevos metodos de talla perineal y de ligadura de los polipos de la matriz* (Nouvelle méthode opératoire de la taille périnéale, et de la ligature des polypes de la matrice), M. le dr A. Romero y Linares demande à être associé à l'Académie, en qualité de correspondant.

— La Société française de tempérance, à Paris; MM. Van Bambeke, à Gand; Descamps, à Anvers; Thévenot, à Paris; Wehenkel, à Cureghem; Willems, à Hasselt; Ercolani, à Bologne; F. Barker, à New York; Baréty, à Nice; Esnaola, à Madrid; Finkelburg, à Bonn; Jansen, à Liége; Paventa, à Cuneo; Pavesi, à Mortara; Philippi, à Bonn; Spinzig, à Saint-Louis, et Vanden Bosch, à Liége, offrent également des publications dont les titres sont mentionnés au paragraphe : Ouvrages présentés.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs des publications dont il lui est fait hommage.

— M. Deneffe soumet, de la part de l'auteur, M. le docteur Walton, à Nederswalm, un mémoire intitulé : *De l'hystéro-trachélorrhaphie, ou opération d'Emmet.* — Commissaires : MM. Pigeolet et Soupart.

— M. Janssens, membre titulaire, dépose la statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise et les tableaux nosologiques des décès de la ville de Bruxelles, qu'il a dressés pour l'année 1880. — Ce travail sera imprimé dans le Bulletin.

— M. Melsens, membre honoraire, dépose, avec prière de le soumettre à une commission, un travail relatif à l'*Emploi thérapeutique de l'ammoniaque, de ses sels et des composés ou mélanges ammoniacaux complexes*, travail dont il donne l'aperçu suivant :

« Dès 1852, j'ai eu l'occasion de fixer mon attention sur certains composés ammoniacaux et sur l'ammoniaque, employés au point de vue hygiénique.

» J'avais été vivement frappé de la facilité avec laquelle on supporte la respiration d'un air fortement chargé d'ammoniaque, ou de carbonate d'ammoniaque, et, d'autant plus que l'on m'avait assuré, à Londres, qu'aucun des ouvriers maniant le guano n'avait succombé pendant la terrible épidémie de choléra en 1849. En 1865, j'avais rédigé une note sur l'emploi de l'ammoniaque comme désinfectant; mais elle n'a pas été publiée; telle qu'elle est, je pense qu'elle n'est pas absolument dénuée d'intérêt, et je la dépose sur le bureau.

» Mais, c'est à un autre point de vue que je me place dans la nouvelle note que je compte publier sous les aus-

pices de l'Académie ; il s'agit de l'application des sels et des composés ammoniacaux à la thérapeutique des affections des organes respiratoires.

» Je me suis appuyé sur ces principes qui paraissent généralement adoptés : 1° *Hâter l'absorption des médicaments et choisir la voie la plus sûre, la plus prompte, qui est incontestablement la surface muqueuse respiratoire.*

» 2° *Si jamais, disait Mascagni, on découvre un remède efficace contre les maladies de poitrine, ce sera un de ceux que l'on peut appliquer au poumon à l'aide de l'inspiration.*

» Je connaissais le remède, vulgaire et ancien, qui consiste à envoyer les phthisiques respirer l'air des étables, et j'attribuais, comme d'autres l'ont fait avant moi, le bien qui peut en résulter dans quelques cas aux émanations de carbonate d'ammoniaque qui s'y produisent.

» J'en avais conclu que la respiration, continue mais modérée, de ce sel, pourrait être utile dans d'autres affections des organes respiratoires. Je me décidai, à la suite d'une forte bronchite, à faire l'expérience sur moi-même. A cet effet, je crus devoir à porter sur la chemise un sachet renfermant quelques blocs de carbonate d'ammoniaque ; après quelques jours, je fus absolument débarrassé de l'affection, l'amélioration s'étant manifestée dès le premier jour.

» Depuis cette époque, j'ai souvent recommandé ce moyen qui, en définitive, se résume à porter sur la poitrine *une étable grosse comme un petit œuf*, étable dont on se débarrasse instantanément, si elle devient gênante, ou qu'on éloigne en la mettant dans la poche de son habit. Toujours on s'est bien trouvé de mon conseil, même dans le cas de bronchite chronique très ancienne.

» J'ai hésité longtemps à publier ce moyen bien simple ;

mais une observation faite par un médecin de Bruxelles m'a décidé à porter la question devant l'Académie.

» Ce médecin, qui aujourd'hui ne pratique plus, souffrait depuis longtemps d'une toux opiniâtre due à une bronchite chronique avec dilatation des bronches compliquée d'emphysème, d'asthme et parfois de laryngite aiguë ; après avoir assez longtemps résisté à mes conseils, il finit par adopter le sachet de carbonate d'ammoniaque (sel volatil d'Angleterre du commerce) et s'en est trouvé parfaitement soulagé.

» Je viens demander à l'Académie de vouloir bien désigner des membres à l'effet d'examiner le travail que j'ai rédigé sur cette question.

» J'applique directement aux organes respiratoires non seulement l'ammoniaque et ses composés volatils, mais même les composés fixes ou destructibles par la chaleur.

» Mes collègues, médecins praticiens, voudront bien me dire franchement si je ne me fais pas illusion sur les modes particuliers que je présente comme nouveaux pour l'administration de tous composés ammoniacaux, agissant directement sur les voies respiratoires.

» J'ai cherché à réaliser, dans cette médication, les conditions naturelles qui se présentent dans une étable, dans une usine à gaz et près des fumeroles des volcans ; tout cela peut être réalisé sur soi ou dans son appartement sans difficulté.

» Je crois être resté parfaitement en harmonie avec les données de la physique, de la chimie et de la physiologie, en indiquant des modes d'administration inusités jusqu'au-d'hui pour des composés qui paraissent avoir une action efficace incontestable et généralement admise. »

M. le Président. — Vous compléterez donc ce dépôt, M. Melsens?

M. Melsens. — Oui, M. le Président.

M. le Président. — M. Melsens désire que son travail soit renvoyé à une commission.

M. Warlomont. — Je propose que le bureau soit chargé de nommer cette commisssion.

M. le Président. — S'il n'y a pas d'opposition, le bureau la nommera.

M. Warlomont. — Je propose en outre que M. Melsens fasse partie de la commission, afin de pouvoir lui fournir tous les renseignements qu'elle jugera nécessaires.

M. le Président. — Je dois faire remarquer que M. Melsens ne peut faire partie de la commission qui sera chargée d'examiner son travail.

M. Hairion. — M. Melsens pourrait être adjoint à la commission, sans toutefois en faire partie.

M. le Président. — Soit, il en sera ainsi.

M. Melsens. — J'ai précisément préparé à l'École de médecine vétérinaire tous les éléments de nature à renseigner la commission au sujet des idées que je préconise.

— Le travail de M. Melsens est renvoyé à l'appréciation de MM. Janssens et Rommelaere.

III. — RAPPORTS, LECTURE ET DISCUSSIONS.

1. **RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyée la nouvelle édition de l'ouvrage de feu GUISLAIN sur les phrénopathies, annotée et publiée par M. le dr INGELS,** médecin de l'hospice Guislain, à Gand. — **M. MASOIN,** rapporteur (1).

Messieurs, en 1852, un membre illustre de cette Acadé-

(1) La Commision était composée de MM. GLUGE et MASOIN.

mie, J. Guislain, publiait un livre impérissable intitulé : « *Leçons orales sur les phrénopathies* ou *traité théorique et pratique des maladies mentales.* » Ce livre, véritable monument, fut accueilli dans le monde médical avec une telle faveur que bientôt on éprouva des difficultés réelles à s'en procurer un exemplaire. En même temps, les progrès de la science y creusaient insensiblement des lacunes, sans entamer toutefois les grandes lignes du monument. Dans ces conditions, un de nos aliénistes les plus distingués, M. le dr Ingels, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand, et secrétaire de la Société de médecine mentale de Belgique, conçut le projet de publier une deuxième édition de l'œuvre du médecin éminent qui avait été son maître. Utilisant les notes nombreuses recueillies par Guislain lui-même en vue d'une nouvelle édition, M. Ingels en a incorporé la substance dans le texte; il en a fait de même pour les conquêtes réalisées dans la science depuis la mort de Guislain, lorsqu'elles cadraient avec les opinions du maître; dans le cas contraire, il a consigné les idées nouvelles dans des notes au bas des pages, de sorte que le lecteur retrouve, d'un côté ou de l'autre, toutes les acquisitions dues aux progrès de la psychiatrie, sans que l'unité de l'œuvre soit brisée. Enfin, connaissant à fond la littérature médicale française et étrangère, M. Ingels a complété la bibliographie des différentes questions traitées.

Ainsi, grâce à M. le dr Ingels, un livre capital qui avait disparu de la librairie redevient accessible à tous; une des productions les plus marquantes de la médecine belge se trouve comme rajeunie et redevient un guide complet pour la génération médicale actuelle.

Lorsque cette deuxième édition fut présentée à l'Acadé-

mie, notre honorable collègue, M. Gluge, proposa — ce qui fut accepté — de renvoyer l'ouvrage à l'appréciation d'une commission, pour laquelle nous fûmes désigné avec l'honorable M. Gluge lui-même. Plus tard, M. Ingels fit parvenir à l'Académie, conformément à l'article 92 du règlement, le résumé analytique de ce que cette seconde édition *contient de nouveau et d'important pour la science*. Or, comme il s'agit ici de retouches faites à une œuvre scientifique d'une valeur exceptionnelle, il conviendrait, nous semble-t-il, d'imprimer dans le Bulletin le résumé analytique fourni par M. le dr Ingels ; ainsi l'on pourra démêler les additions d'avec la composition première, différence que M. Ingels aurait peut-être bien fait de marquer dans le texte même par un signe quelconque.

Nous n'avons pas à juger ici l'ouvrage de Guislain : il est depuis longtemps apprécié ; aussi nous pouvons simplement dire, avec une légitime fierté, qu'il est de ceux qui honorent le plus notre littérature nationale. Quant aux modifications, aux améliorations introduites par M. Ingels, elles sont faites d'une manière tellement habile qu'on les reconnaît à peine ; en outre, elles sont pratiquées avec la science et le discernement que possède à un si haut degré notre honorable confrère de Gand. Tout au plus oserions-nous exprimer le regret que, par un respect exagéré peut-être pour le travail de son maître, il n'ait pas donné un peu plus de développements à certaines questions d'anatomie pathologique et de thérapeutique plus particulièrement renouvelées dans ces derniers temps : les lésions de la démence paralysiforme, l'emploi de l'électricité, etc.

Mais nous n'insistons pas sur cette réserve, et nous nous plaisons, au contraire, à rendre hommage aux intentions

et au talent de M. le dr Ingels. Aussi votre commission propose :

1° De lui voter des remercîments;

2° De l'engager à continuer ses relations avec l'Académie;

3° D'inscrire son nom sur la liste des candidats pour la place de correspondant;

4° Enfin d'imprimer dans le Bulletin le résumé analytique qu'il nous a fait parvenir. — Adopté.

2. RAPPORT de la commissoin qui a été chargée d'examiner le mémoire de M. le dr H. STAPPAERTS, intitulé : Examen du système de Hahnemann. — Le vitalisme et le matérialisme en médecine. — M. WARLOMONT, rapporteur (1).

Messieurs, le travail, adressé par M. Stappaerts à la Compagnie, comprenait, entre autres, après un premier remaniement, trois chapitres dont le 1er était intitulé : *Matière et Force*, le 2e : *Biontologie; de la vie animale et de la vie végétale;* le 3e *Réfutation de la synthèse de Hirn*. Ces chapitres ayant paru ne se rattacher que d'une façon indirecte au sujet principal de l'ouvrage, l'auteur, d'accord avec la commission, les en a fait disparaître. Le travail à examiner a pris dès lors un caractère purement médical.

Il y aura bientôt trente-trois ans — c'était en 1848 — que M. le dr Carlier, membre adjoint de l'Académie, introduisait dans cette assemblée la question de l'homœopathie, à propos de deux cas de choléra guéris à la suite — l'auteur disait : par suite — de l'emploi du camphre à doses infinitésimales (2).

(1) La commission se composait de MM. COUSOT, MELSENS et WARLOMONT.

(2) *Bulletin*, t. VIII, 1ere série, p. 263.

Ceux de nos honorables collègues qui faisaient déjà à cette époque partie de la Compagnie n'ont pas oublié l'attitude que tinrent alors les champions des deux partis : la discussion fut ardente et parfois aggressive, et si les représentants du système Hahnemanien, plus nombreux dans cette enceinte en ce temps qu'aujourd'hui, donnèrent comme un seul homme, leurs adversaires ne demeurèrent point en arrière. Malheureusement, la science médicale, ou sa pratique du moins, ne pouvait rien gagner à un débat qui se développait sous des points de vue si différents que l'entente, voire même la simple poursuite des idées, y était impossible.

Nous voyons en effet que, pour les partisans de la méthode réformée, « *c'est aux forces vitales, à la puissance dynamique, que la thérapeutique doit s'adresser au lieu de s'attaquer aux organes.* Pour eux encore « *la vie est une force qui préexiste à l'organisation, l'engendre et la gouverne. Elle n'est pas l'organisation, mais elle y préexiste..... C'est une force inconnue dans sa nature intime, une puissance insaisissable, inanalysable, comme tout ce qui est primitif.... Partout on voit les forces vitales aux prises avec d'autres forces ; ce sont partout des forces qui se heurtent, se combattent, se combinent, se préparent, se neutralisent ou se dominent réciproquement ; c'est de leur résultat que dérivent notre état sain ou morbide, notre mort, notre existence ou notre vie, car les vrais ressorts de notre organisation ne sont point les muscles, par exemple, les veines ou les artères, mais bien des forces intérieures qui y résident et qui ne suivent point les lois de la mécanique grossière imaginée par les hommes.*

« Or, aux *forces vitales* malades, il faut opposer des forces, des substances naturelles, mais dégagées de leur

enveloppe, afin qu'elles puissent pénétrer partout. Ces forces agiront sur les forces vitales pour les ranimer, pour les ramener à leur état normal, et sur les puissances pathogénétiques pour les vaincre ; et, de même que la cause de mort qui s'adresse à la vie sans intermédiaire tue plus promptement que toute autre, l'acide prussique par exemple, de même la nature curative, le remède qui sans intermédiaire s'adressera à la vie, guérira plus vite et plus promptement la maladie (1).

« Pour donner aux agents thérapeutiques ainsi compris cette puissance fondée sur des propriétés.... éthérées, il faut les *dynamiser* au moyen de manœuvres *ad hoc*, c'est-à-dire au moyen de frottements destinés à en écarter les molécules, à en réveiller les forces latentes, à en faire ressortir des vertus qu'ils ne possèdent pas à l'état brut (2), parce que — et ceci est un axiome de l'École — l'intensité d'action d'un médicament est en raison de la mobilité ou de la division de ses molécules, donc en raison inverse de leur cohésion, De là la théorie de l'utilité des infiniment petits. Or, si l'on veut savoir ce qu'en homœopathie on entend par *infiniment petits*, qu'on nous permette cette citation du père de la doctrine: « Si vous avez, dit Hahnemann, un malade ayant le dégoût de la vie, prenez un grain d'or, broyez-le avec cent grains de sucre de lait et poussez jusqu'à la trentième dynamisation; prenez un seul grain de cette préparation, enfermez-le dans une fiole et faites *odorer* ce quadrillionième par le patient, qui, en moins d'une heure, renaîtra à la joie et à la santé !!! (3).

(1) VARLEZ. *Bulletin*, t. VIII, 1re série, p. 545, 551.
(2) *Ibid.*, p. 994.
(3) *Ibid.*, p. 893.

« Ainsi, l'existence d'une force *dite* vitale, d'une part, indépendante de l'organisation vivante mais la dirigeant au gré de lois immuables autant que mystérieuses ; de l'autre, celle de forces libres, dégagées de toute enveloppe matérielle, indépendantes de la matière même, tels sont les axiomes ou plutôt les articles de foi du catéchisme homœopathique sur lesquels repose toute la doctrine... »

Une discussion établie sur de semblables bases pouvait difficilement donner des résultats utiles. L'Académie cependant voulut qu'il ne fût apporté aucune entrave à la lutte qui s'était engagée pour ainsi dire corps à corps, et qui se termina par le vote de la conclusion ci-après, la seule qui fût possible : « Considérant que les doctrines médi-« cales ne peuvent être jugées par des votes numériques, « l'Académie passe à l'ordre du jour. »

Messieurs, le travail sur lequel nous avons présentement à vous faire rapport porte pour épigraphe : « Qui donc chez nous a « réfuté par principe les erreurs de la doc-» trine homœopathique? — Personne. » (Trousseau et Pidoux. Introd. au *Traité de thérapeutique*, p. LXXXI.)

« Je ne suis pas, dit tout d'abord M. Stappaerts, un disciple de Hahnemann, et n'ai pas le dessein de me faire le défenseur de son système ; je veux seulement rendre justice au savant, là où les principes ou les faits qu'il invoque me paraissent conformes à la vérité. Il y a à considérer, dans son œuvre, le système même, système qui a fait de l'homœopathie une doctrine médicale à part, complète, absolue, et qui isole les homœopathes dans leur profession de sectateurs du maître allemand. *Ce système est insoutenable.* Le vitalisme psychique qui en est la base a reçu un coup mortel par la découverte du docteur J. Meyer (de Heilbronn).

confirmée par les expériences de Hirn, de du Bois-Reymond, de Helmholtz, etc., sur l'origine et la nature du mouvement chez les animaux. Cette découverte, précédée de celle, faite en physique, de l'équivalent mécanique de la chaleur, a démontré une relation indéniable entre les forces physiques et les actes vitaux.

» Mais si l'on étudie l'homœopathie, non plus comme un système complet, vrai ou faux, mais seulement comme une tentative de réforme dans la médecine, alors on y découvre, mêlés à de nombreuses erreurs, un certain nombre d'idées, de théories et de faits qui, dépouillés de leur expression psychologique, méritent d'être examinés sérieusement par les savants. »

C'est à cet examen que M. Stappaerts a consacré son mémoire. Après un exposé abrégé de la doctrine homœopathique, il en aborde la discussion.

D'après Hahnemann : 1° Il existerait, dans les êtres vivants, une force ou principe immatériel, distinct de la matière et qui serait la cause des phénomènes vitaux ; c'est cette force qui serait altérée dans les maladies, et c'est sur elles que le traitement devrait agir. 2° Les causes des maladies seraient immatérielles. 3° Les médicaments seraient imprégnés d'une force spirituelle, cause de leur action sur l'économie.

M. Stappaerts combat ces propositions et tout ce qui en découle. Il n'admet pas, en physique, de distinction entre la matière et la force. « La force est une propriété inhérente à la matière. — Il n'admet pas davantage qu'il existe, en physiologie, une force ou principe immatériel distinct des organes, principe ou force qui serait la cause des phénomènes de la vie. — *La vie n'est qu'une manifestation d'un*

état spécial de la matière; elle est une propriété inhérente aux tissus, comme l'attraction est inhérente à la pierre. » — La doctrine qu'il défend est la doctrine matérialiste, qu'on appelle aussi, en physiologie, le « vitalisme organique. »

L'auteur examine surtout les principes de l'homœopathie, abstraction faite du langage et des idées ontologistes ou spiritualistes de Hahnemann, à qui il reproche principalement d'avoir beaucoup trop généralisé. Bien que la preuve en soit encore à faire, il considère comme *soutenables*, mais avec cette restriction qu'en aucun cas il ne sauraient être généraux, absolus, comme le prétend le père de l'homœopathie, les deux principes fondamentaux de la doctrine, à savoir l'action des doses infinitésimales et l'aphorisme du *similia similibus*. Pour l'auteur, cette dernière formule est vraie dans un grand nombre de cas, mais elle ne s'applique ni à tous les médicaments, ni à toutes les maladies, ainsi que le veut Hahnemann.

Le principe de l'*atténuation des doses, des doses infinitésimales et de la dynamisation* est, de toutes les innovations de Hahnemann, celle qui a rencontré la plus violente opposition. Elle méritait mieux, suivant l'auteur.

« Pour bien comprendre cette question, dit-il, il faut se rappeler que : 1° Dans certains cas, les remèdes agissent physiquement. *Exemple :* le mercure coulant administré dans les étranglements internes, et le charbon végétal dans la tympanite intestinale, pour absorber et emmagasiner les gaz. 2° Dans d'autres, les médicaments agissent chimiquement. *Exemple :* les alcalis à haute dose dans le pyrosis, les eupeptiques dans certaines perturbations digestives. Dans ces deux éventualités, il n'y a pas à songer aux doses

infinitésimales; les doses doivent être proportionnées à l'effet qu'on leur demande. Mais :

» 3° Très souvent les remèdes agissent *vitalement*, c'est-à-dire en modifiant *directement* une fonction vitale. *Exemple :* la digitale modifie les mouvements du cœur, les mydriatiques dilatent la pupille et neutralisent l'accommodation, le jaborandi excite la sécrétion des glandes salivaires et sudorifères.

» D'après Hahnemann, et aussi d'après Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*, t. II, p. 1000), *la plupart des remèdes agissent vitalement*. Cette idée domine la thérapeutique de Hahnemann et sert de base à ses principes de posologie. Hahnemann pense que, si l'on veut obtenir l'action vitale d'un remède, il n'est pas nécessaire et il est même souvent mauvais d'administrer ce remède à haute dose. »

« *J'admets, dit* M. Stappaerts, *cette proposition formulée d'une* » *manière générale;* mais cela ne veut pas dire que j'admette » qu'il faille pousser l'atténuation des doses jusqu'au degré » indiqué par Hahnemann, ni que j'admette la réalité d'ac- » tion des doses homœopathiques. *Je ne me prononce pas* » *sur ces deux dernières questions*. Il y a, en effet, à exami- » ner, à propos de l'application, dans l'homœopathie, du » principe général d'atténuer les doses, une autre ques- » tion, celle de la dynamisation.

» Hahnemann prétend que, par certains procédés, par » les triturations, les solutions et les succussions, par » exemple, on augmente l'énergie d'action des médica- » ments. *Cela est-il vrai?* Ici je m'abstiens, cette question » ne pouvant être résolue qu'en expérimentant les médica- » ments homœopathiques. Or, je n'ai pas fait personnelle- » ment ces expériences. *Mais cela est-il possible? Ou bien,*

» *cette théorie de Hahnemann est-elle absurde?* Je réponds » catégoriquement que cette théorie n'est pas absurde. »

Que l'auteur nous permette immédiatement une réflexion : De son propre aveu, la preuve des faits reste à faire. Mais n'est-ce pas là le nœud de la question, et n'est-il pas de la logique la plus élémentaire que, lorsqu'un homme avance, soit un fait, soit une doctrine, il en établisse le fondement et ne se borne pas à mettre les autres au défi de démontrer que ce qu'il avance est impossible? Dans l'espèce, il faut prouver que l'action des infiniment petits est réelle. Que l'auteur nous apporte cette preuve, qu'il nous démontre qu'on peut *dynamiser* les agents médicamenteux, leur donner, par certaines manœuvres, une puissance inconnue aux doses non infinitésimales, enrichir ainsi de ressources nouvelles notre arsenal thérapeutique, et il sera le bienvenu.

Mais qu'à cet égard, hélas! nous sommes loin de compte. Comment, en effet, ne pas voir une contradiction entre le fait-principe posé par l'auteur, que « *la vie ne serait* » *qu'un état particulier de la matière* » et l'admission de ce qu'il appelle « l'*action vitale des remèdes*? » Comment, si le fait-principe est vrai, les remèdes agiront-ils, si ce n'est en modifiant la matière? Nous savons bien que le mécanisme de l'action physique et chimique des médicaments, mécanisme en vertu duquel la fonction vitale est modifiée, n'est guère plus connu que la fonction même, mais il ne saurait être d'une autre nature.

Après avoir discuté de la sorte les deux thèses principales de l'homœopathie, M. Stappaerts porte à l'actif de l'inventeur du système le mérite d'avoir le mieux formulé le principe de l'individualisation des maladies, établi l'étio-

logie comme base de la classification, et fixé la nature miasmatique de beaucoup d'affections morbides. Votre commission n'admet pas cette prétention.

En somme, l'auteur combat surtout dans l'homœopathie : 1° le vitalisme spiritualiste, base du système, et les erreurs qui en découlent; 2° la trop grande généralisation des principes de la doctrine, qui — nécessité de système — ruine de fond en comble cette doctrine, et il conclut ainsi :

« Ceux qui veulent traiter Hahnemann comme un char-
« latan vulgaire se montrent injustes et prouvent ainsi
« qu'ils n'ont pas apporté une attention suffisante à l'exa-
« men de ses principes.

« Quant aux homœopathes, qui veulent encore défendre
« l'homœopathie comme système complet de médecine,
« ils compromettent leur maître, parce qu'ils sont obligés
« de soutenir des erreurs et des exagérations dont il est
« facile de démontrer l'inanité et même le ridicule. »

C'est la condamnation avec admission de circonstances atténuantes.

M. Stappaerts, on vient de le voir, dit à chacun ses vérités : aux anti-Hahnemaniens, il reproche de n'avoir vu que du faux là où il y avait du vrai à découvrir; aux Hahnemaniens, il prouve qu'il est plus fort qu'eux, en les réfutant et en démontrant que leur patron, en tant que fondateur de système, est simplement absurde.

Tel est l'esprit du mémoire dont la Compagnie a confié l'examen à la commission dont j'ai l'honneur d'être en ce moment l'interprète. Il n'échappera à personne que les disquisitions qui en font l'objet portent exclusivement sur

des doctrines, où *le fait* se trouve perdu dans des excès d'imagination et des spéculations sans base palpable. Votre commission reconnaît, toutefois, qu'elles ne sont pas l'œuvre d'un esprit ordinaire.

Mais à quoi peut-il servir d'épiloguer encore sur le pour et le contre, de faire des joûtes de subtilité et de souplesse dialectiques sur toutes les œuvres doctrinales, œuvres systématiques dues, sans aucun doute, à des hommes de grande puissance, mais qui, n'étant pas nées de la simple synthèse des faits acquis, ont fatalement dû être infirmes, caduques, stériles et même pernicieuses. Les faits physiologiques ou pathologiques nouveaux qui leur servent prétendûment *de base* ne leur ont servi que d'*occasion*, et presque toutes, au fond, ne sont nées que de la réaction des esprits contre l'inanité des systèmes précédents. Hahnemann, Paracelse, le grand rénovateur du seizième siècle, comme Van Helmont, Stael et tant d'autres, combattent victorieusement et ruinent les doctrines régnantes ; mais, dans le besoin, si profond à leur époque, d'avoir une affirmation, une religion médicale, ils ne se bornent pas à cette œuvre de destruction, ils bâtissent eux-mêmes comme ont bâti leurs devanciers. La maison est autre, mais les matériaux sont de même nature. En vérité, parmi tous les réformateurs, demi-médecins, demi-philosophes, il n'y en a pas un qui ne proclame partir de *faits* positifs ; mais aucune proportion n'est gardée entre les faits, vrais ou faux, qu'ils produisent et les déductions qu'ils en tirent ; entraînés par leur propre mouvement, ils ne gardent aucune mesure, plient toute la nature à leur doctrine et courent ainsi à la ruine complète. Parmi les anciens, ceux qui, comme Hippocrate, ont le plus observé et le moins

généralisé et systématisé, sont les meilleurs ; et Hahnemann, malgré le précepte initial de sa doctrine, malgré les protestations de ses sectateurs, n'est pas de ceux-là : ses observations sont très nombreuses, s'il faut l'en croire, mais elles manquent absolument de méthode, sont incomplètes, disparates à l'excès et, à ces titres, absolument indignes de confiance.

On ne saurait mieux comprendre, ce nous semble, l'évolution actuelle de la médecine, qu'en la comparant à l'histoire d'une science définitivement émancipée des tâtonnements stériles et des erreurs du passé. Prenons pour exemple la chimie.

De même que les alchimistes ont, pendant des siècles, travaillé avec une ténacité, une ardeur, un dévouement prodigieux qu'on ne saurait admirer assez hautement; de même que, parmi eux, il s'est rencontré maint génie qui a réussi à grouper autour de ses doctrines des adeptes enthousiastes et dévoués jusqu'au sacrifice complet de leurs biens et de leur vie; de même que, chemin faisant, il a été fait des trouvailles de hasard de la plus haute valeur; de même que tous ont échoué et ont dû fatalement échouer dans leurs efforts, tant que, jetant par dessus bord toute doctrine, tout système et, *renonçant à commencer par la fin* et à bâtir par les sommets, ils n'ont pas abordé l'analyse élémentaire des faits les plus simples; de même la médecine n'a jamais pu que marcher d'erreurs en erreurs, *tant qu'elle s'est obstinée à vouloir atteindre d'emblée ce qui ne peut être obtenu que par un travail lent et progressif.* Si le monde inorganique est resté fermé à l'esprit de l'homme jusqu'au moment où Lavoisier et d'autres, prenant en main la balance et la mesure, ont interrogé et ana-

lysé les phénomènes les plus élémentaires, pour procéder pas à pas du simple au complexe, combien ne doit-il pas en être ainsi du monde vivant, ce dédale prodigieux où mille et mille faits interfèrent à chaque instant ?

Aujourd'hui, Dieu merci, la médecine s'est engagée dans la même voie. Le temps des systèmes, des doctrines, des écoles est à jamais fini. Ce qu'on appelle école anatomique, anatomo-pathologique, physique, chimique, physiologique, etc. ne représente pas des ecoles dans le sens ancien, mais de simples centres, des sections où telle ou telle branche, tels ou tels processus sont cultivés avec plus de zèle et de prédilection. Il n'y a plus pour le médecin chimiste de l'iatro-médecine dans le sens antique, ni de la médecine mécanique pour le professeur de physiologie physique; mais, pour les uns comme pour les autres, dans les phénomènes de la vie, les propriétés physiques, chimiques, etc., de nos éléments composants sont en jeu, et c'est ce jeu qu'il s'agit d'apprécier, de peser et de juger. Nos écoles ne sont plus que des applications intelligentes de la division du travail.

De même que l'alchimie est morte sous les coups de la chimie moderne, datant de Lavoisier, Priestley et Schelle, de même la médecine doctorale se meurt sous les coups de la physiologie, normale et pathologique, naissante. Il n'existe plus d'alchimistes en sciences naturelles — un quart de siècle a suffi à les faire disparaître à jamais, — mais il y a encore, chez nous du moins, des médecins doctrinaires.

Du travail de destruction et de reconstruction de la chimie s'est dégagée, comme un palais vaste et splendide, la chimie théorique générale. Le même phénomène se pro-

duira en biologie, mais jusqu'ici nous n'avons que des ébauches partielles ; les arceaux se dessinent par-ci, par-là ; les clefs de voûte peuvent par endroits se calculer, mais elles ne peuvent pas encore être établies de fait.

Au milieu de ce grand et magnifique travail de construction, qui occupe et ravit tant d'intelligences ; au milieu de cette fourmilière d'ouvriers et de maîtres, d'architectes et de manœuvres, il existe — où n'y en a-t-il pas ? — des archéologues qui, retournant sur leurs pas, s'isolent auprès de quelques épaves doctrinales et recherchent scrupuleusement, au milieu des mille affirmations et négations qu'elles portent inscrites, combien de fois s'est rencontrée la vérité et combien de fois l'erreur. C'est devant une œuvre de ce genre que nous nous trouvons. M. Stappaerts est un de ces gourmets du passé. Ses recherches rétrospectives témoignent d'un esprit généreux et d'un certain talent d'exposition, et c'est ce qui nous fait regretter, nous le répétons, qu'il ait consacré tant de temps à vouloir débrouiller la trame inextricable de la doctrine Hahnemanienne. Que peuvent, par exemple, nous dire encore ces luttes vraiment homériques entre l'esprit vital et la maladie, luttes où l'esprit vital fait preuve, tantôt de la plus subtile intelligence et tantôt de l'ineptie la plus grossière ? A quoi bon discourir avec un visionnaire, fût-il génial, qui base son système sur ce principe : « *Aucune maladie n'a ni ne saurait* » *avoir une cause matérielle ?* » Que « *la cause efficiente des* » *maladies est une aberration dynamique de notre vie spiri-* » *tuelle ?* » Que devient le principe immatériel de la gale, depuis la découverte du sarcopte ? Toutes les souplesses et subtilités des disciples du maître allemand n'ont pu le sauver de l'abandon. Que devient l'immatérialité des mala-

dies infectieuses depuis la démonstration de leur nature parasitaire? Les principes morbigènes du charbon, de l'infection purulente et tant d'autres, peut-on dire qu'ils sont immatériels, quand nous les tenons dans nos flacons, que nous les cultivons à volonté, que nous les démontrons, avec corps et biens, à quiconque à des yeux?

M. Stappaerts n'est pas moins sévère que nous à cet égard.

« Hahnemann, dit-il, aborde hardiment toutes les questions fondamentales de la science et les résout aisément toutes, même les plus ardues, à coups d'affirmations et de négations. Eh bien! toute cette partie du système est un roman, qui ne s'appuie sur aucune réalité. Son auteur ne tient compte ni de l'observation, ni des résultats de l'expérimentation. Il est vrai qu'après avoir flétri en termes courroucés la pratique médicale ordinaire, il dit : « Il » était temps que la sagesse du divin Créateur et Conser- » vateur des hommes mît fin à ces abominations, à ces » tortures — il est ici question de la médecine tradition- » nelle — et qu'elle fît apparaître une médecine inverse. » (*Organ.*, p. 110). Et dans le § 76 : « Le Tout-Puissant, *en* » *créant l'homœopathie*, ne nous a donné des armes que » contre les maladies naturelles. »

« A la bonne heure, s'écrie M. Stappaerts, voilà l'homœopathie passée à l'état de vérité révélée. Évidemment, si Dieu a parlé, il n'y a plus qu'à s'incliner. Malheureusement, l'apôtre de la vérité a oublié de produire les titres établissant sa mission providentielle. »

M. Stappaerts, on vient de le voir, est un adversaire décidé de l'homœopathie, mais il n'est pas moins, comme nous-mêmes, l'adversaire de tout système en médecine. Il

pense que les sciences médicales sont encore trop peu avancées pour qu'il soit possible d'y trouver les éléments d'une synthèse complète; mais, quand le moment sera venu de construire l'édifice, il entend que l'on emprunte à l'homœopathie les matériaux utiles, si elle en possède. Pour le moment, il demande qu'on les analyse avec soin et sans idées préconçues. On ne saurait être plus correct.

Bien que nous ne partagions aucune des idées de l'auteur, en ce qui concerne la vraisemblance de l'action des médicaments dits homœopathiques, nous n'en considérons pas moins son travail comme une œuvre honnête et consciencieuse, où ceux qui voudront voir le système de Hahnemann autrement qu'à travers la lentille des passions de toute sorte qui, dans les deux camps, en a déformé l'image, trouveront d'intéressantes données. Sans doute, on aurait pu demander à l'auteur moins de dissertations — de rêveries peut-être — et plus de faits; mais, à le prendre tel qu'il est, son ouvrage renferme au moins des considérations utiles, auxquelles ne recourront pas en vain ceux qui voudront sincèrement savoir ce que l'homœopathie vaut, et plus encore peut-être..... ce qu'elle ne vaut pas.

Votre Commission (1) a l'honneur de vous proposer en conséquence :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De publier son travail dans le recueil in-8° des *mémoires* de la Compagnie.

M. Thiernesse. — Messieurs, il s'agit à mon avis d'une question sur laquelle il importe de ne pas se prononcer sans examen. Je propose donc de surseoir au vote

(1) M. Melsens fait ses réserves pour cause d'incompétence.

des conclusions du rapport jusqu'à ce que ce travail ait été imprimé et que chacun de nous en ait pu prendre connaissance. L'ajournement que je demande est d'ailleurs conforme aux précédents; c'est ce qui a encore eu lieu récemment, sur la proposition de M. Depaire, au sujet du rapport sur un travail de M. Dehaut, relatif à l'emploi, comme agent anesthésique, d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression.

M. Crocq. — Je crois, comme M. le secrétaire de l'Académie, qu'avant de décider qu'on publiera le travail de M. Stappaerts, nous devrions discuter le rapport de la commission qui l'a examiné.

M. Thiernesse. — Je ne demande pas que le rapport soit ou non l'objet d'une discussion, mais seulement qu'il soit imprimé, afin qu'on puisse l'apprécier préalablement au vote sur ses conclusions.

M. le Président. — Il n'y a pas lieu d'ajourner le vote; il convient, au contraire, que l'Académie prévienne toute discussion, en décidant, dès aujourd'hui, que le mémoire de M. Stappaerts ne sera pas imprimé.

M. Warlomont. — Messieurs, il ne m'appartient évidemment pas de demander que les conclusions du rapport que j'ai eu l'honneur de vous présenter soient votées au pied levé. Cela se fait cependant de la sorte habituellement, et j'estime que, dans la circonstance actuelle, il serait à désirer que cela se fît ainsi.

A l'appui de cette manière de voir, je me permettrai de rappeler ce qui s'est passé lors de la discussion qui a eu lieu, il y a trente ans environ, sur la même question.

M. Crocq. Nous avons fait du chemin depuis trente ans.

M. Warlomont. — L'honorable président de l'Académie, à cette époque feu Vleminckx, a dit alors : « Faut-il nous applaudir du temps que nous avons consacré à cette longue discussion ou faut-il le regretter? Évidemment, de l'aveu de tous, l'Académie avait mieux à faire que de perdre son temps en de semblables débats.

M. Crocq. — Certainement.

M. Warlomont. — « Et cependant, il ne faut pas regretter qu'une fois de plus on ait ouvert les yeux aux dupes et qu'on leur ait montré, une fois pour toutes, ce qu'est, en vérité, la doctrine homœopathique? Nous n'avons imposé silence à personne ; nous avons eu ici, pour représenter et défendre l'homœopathie, les avocats les plus autorisés. Tout a été dit ; aucune entrave n'a été apportée à la discussion ; le combat a fini faute de combattants. »

« Mais, a ajouté Vleminckx, qu'il soit bien entendu que l'Académie ne retombera pas une seconde fois dans la même faute. Qu'il soit bien entendu qu'à l'occasion de n'importe quel fait, de n'importe quelle cure, de n'importe quelle histoire, de n'importe quelle réclame, de n'importe quel article de journal, si insultant et si agressif fût-il, on ne se laissera plus aller à rouvrir une semblable discussion qui a menacé l'Académie d'un sérieux discrédit. »

Or, d'après la proposition qui est faite actuellement, il ne s'agirait de rien moins que de recommencer semblable discussion. Messieurs, si cette proposition était adoptée, je le regretterais vivement. Je demande donc que l'Académie veuille bien voter sur mes conclusions, qu'elle dise oui ou non ; mais je l'adjure, dans tous les cas, de ne pas rouvrir une discussion sur l'homœopathie. Je l'en supplie pour plusieurs raisons : d'abord, parce qu'elle a un meilleur emploi

à faire de son temps, ensuite parce qu'il y a pour nous, me semble-t-il, une question de dignité à ne pas rouvrir ici un débat où la partie adverse n'est pas représentée.

M. Crocq. — Il n'y a pas de partie adverse.

M. Warlomont. — A quoi servirait-il, en effet, de discuter de nouveau et de combattre la doctrine homœopathique et de réimprimer un tel débat dans notre Bulletin, alors que les orateurs qui prendraient la parole ne pourraient que répéter ce qui a déjà été dit? C'est toujours le même thème vingt fois réédité; ce sont toujours les mêmes arguments vingt fois ressassés.

Maintenant, messieurs, si je demande l'impression, aux frais de l'Académie, du travail de M. Stappaerts, c'est parce qu'il est l'œuvre d'un travailleur consciencieux. Je suis en désaccord avec l'auteur sur une foule de points, mais ce n'est pas une raison pour repousser son œuvre par une fin de non recevoir. Il est déjà arrivé à l'Académie de décider l'insertion d'un mémoire émané d'un auteur dont elle ne partageait pas les idées. Le cas s'est présenté à l'occasion du travail de M. Charbonnier sur les maladies des mystiques; l'Académie à une grande majorité a voté l'impression du mémoire *à titre de document*, et moi-même j'ai fini par voter cette impression, bien que j'eusse combattu le mémoire d'un bout à l'autre. En définitive, les idées appartiennent à tout le monde, et il ne convient pas qu'elles soient mises sous le boisseau par ceux qui ne les partagent pas.

Il y a donc pour nous un devoir de conscience à décider que le travail de M. Stappaerts sera imprimé. Je maintiens, en conséquence, les conclusions de la commission.

(M. Lefebvre, premier vice-président remplace M. Thiry au fauteuil de la présidence.)

M. Thiry. — Messieurs, je viens soutenir les opinions exprimées dans le remarquable rapport de M. Warlomont. Je prie l'Académie de bien vouloir adopter la première conclusion de ce rapport et je fais mes réserves quant à la seconde. Évidemment, messieurs, l'Académie, comme le disait notre cher et regretté Vleminckx, a mieux à faire que de s'occuper de théories imaginaires, n'ayant et ne pouvant avoir d'intérêt scientifique ni pratique, quelles que soient leurs allures et les apparences qu'elles essaient de revêtir.

Nous avons eu jadis une discussion sur l'homœopathie; cette discussion n'a pas abouti et n'aboutirait pas davantage actuellement.

Les médecins savent que dans beaucoup de maladies l'expectation est la conduite la plus avantageuse à suivre; les homœopathes le savent aussi; mais ils la font tourner au profit de leur théorie; ils s'emparent des résultats que donne souvent la méthode expectante pour faire valoir leur thérapeutique infinitésimale, et pour établir entre nous et eux cette distinction dont ils savent si adroitement tirer tous les avantages — nous sommes des allopathes, tandis qu'ils sont des homeopathes — ils se placent dans un plateau d'une balance et puis ils nous mettent dans l'autre pour que nous leur fassions contrepoids. Nous ne pouvons leur donner cette satisfaction, car nous ne sommes ni des homœopathes, ni des allopathes, mais des médecins probes et capables de soulager et de guérir.

Que les partisans de Hahnemann répudient la dénomination d'homœopathe, comme nous répudions celle d'allopathe, et puis, dégagés de cette étiquette, qu'ils viennent à nous avec des documents véritablement scientifiques, et

l'Académie les jugera alors avec toute l'attention qu'ils méritent; mais ils se garderont d'agir de la sorte. Pourquoi? Parce que la qualification d'homœopathe constitue tout leur prestige et que s'ils l'abandonnaient, le public ne les distinguerait plus des médecins ordinaires, quels que soient du reste leurs aptitudes et leur talent.

Il ne faut pas que l'Académie soit victime de la spéculation, quel que soit le déguisement qu'elle prenne pour s'introduire dans cette enceinte; à mon avis, ce que l'Académie a de mieux à faire, c'est de ne pas s'occuper des fantaisies homœopathiques qui ne s'appuient sur aucun fait scientifique sérieux, n'élucident aucune question, ne tendent à réaliser aucun progrès et se bornent à reproduire invariablement les mêmes arguments mille fois réfutés.

Discuter encore cette question ou plutôt ces hypothèses, mais ne voyez-vous pas, messieurs, que c'est précisément ce que les homœopathes demandent? Vous condamnerez l'erreur homœopathique, je le veux bien, mais que résultera-t-il de cette condamnation? Beaucoup de bruit.

M. Kuborn. — Et de la réclame.

M. Thiry. — Oui, de la réclame; car, croyez-moi, on aura soin de la produire devant un public incompétent. Quant à vous, messieurs, savez-vous ce que vous retirerez d'une telle discussion? Des injures, il en a toujours été ainsi, lorsque vous vous êtes laissé aller à discuter des choses extra-scientifiques. Ces injures ne vous atteindront pas, mais vous aurez perdu un temps précieux que vous auriez pu employer utilement.

J'arrive à la seconde conclusion du rapport de M. Warlomont. Ici, je ne partage pas complètement l'opinion de l'honorable rapporteur; je ne pense pas que le travail de

M. Stappaerts doive être imprimé dans les Mémoires de l'Académie, non que je considère ce travail comme dépourvu de valeur, mais parce que ce n'est qu'une œuvre de critique qui, sous une forme intéressante peut-être, ne s'occupe que d'une question qui, partout et de toutes les manières, a été appréciée sans que jamais on ait fait jaillir une idée nouvelle ou ébranlé une de ces vérités qui depuis des siècles forment la base de la science médicale.

Le travail de M. Stappaerts n'a aucune utilité pratique; j'admets qu'on puisse le lire avec intérêt, qu'on en admire la forme et le style, que l'on rende justice à l'érudition de l'auteur; mais cela ne suffit pas pour décider l'Académie à accorder une place à ce travail dans ses Mémoires.

Dès lors, comme le rapport de M. Warlomont nous renseigne suffisamment sur la portée et le but du travail en question, j'ai l'honneur de vous proposer de décider que ce travail ne sera pas imprimé.

M. Crocq. — Vous avez raison; j'allais le proposer.

M. Thiry. — L'Académie ne dispose pas de ressources assez considérables pour se permettre de semblables publications.

M. Thiernesse. — Messieurs, je crois devoir insister pour que l'Académie ne se prononce sur les conclusions qui lui sont proposées, qu'après l'impression du rapport; il ne faut pas qu'on puisse l'accuser d'avoir voté de parti pris, et c'est ce qu'on ne manquerait pas de faire, si on repoussait, sans examen, la proposition faite par la commission d'imprimer le travail de M. Stappaerts, et de le faire figurer même dans le recueil des Mémoires.

Cette conclusion indique que le travail dont il s'agit a une grande valeur, et je serais disposé à la voter, si l'hono-

rable rapporteur n'avait fait remarquer que la plupart des idées soutenues par l'auteur ne paraissaient pas admissibles, et s'il ne m'eût mis ainsi dans le cas de douter du mérite attribué à l'œuvre par la commission.

Je crois, messieurs, qu'il faut ajourner toute décision, et j'espère que vous admettrez la proposition que je vous en ai faite. Après avoir lu le rapport à tête reposée, vous pourrez vous prononcer en connaissance de cause.

M. Crocq. — Messieurs, j'avais demandé la parole pour faire précisément la proposition par laquelle l'honorable président de l'Académie a terminé son discours. Je propose d'adopter la première conclusion du rapport de M. Warlomont et de rejeter la seconde, allant ainsi plus loin que M. Thiernesse, plus loin aussi que je n'avais été moi-même tout à l'heure en émettant l'avis qu'il y avait lieu d'ouvrir une discussion sur le rapport de la commission, avant d'ordonner l'impression du travail de M. Stappaerts. M. Warlomont a démontré qu'une discussion ne devait pas avoir lieu. La principale partie de son argumentation a eu pour but de prouver qu'une semblable discussion ferait tout simplement perdre à l'Académie un temps précieux. Il y a trente ans déjà, Vleminckx appréciait ainsi la question : il disait qu'en se livrant à de pareilles discussions doctrinales, l'Académie perdait son temps. Or, aujourd'hui, nous perdrions doublement du temps en discutant cette question, car, depuis trente ans, la science a fait un pas en avant et nous ne pouvons consentir à retomber dans l'ornière que nous avons suivie en 1848.

Puisque j'ai la parole, je me permettrai de présenter une observation de détail relativement aux paroles que vient de prononcer M. Warlomont. L'honorable membre

a dit qu'ici une partie était représentée et l'autre pas. Pour ma part, je n'admets pas qu'il y ait une partie adverse dans un débat scientifique, parce qu'un pareil débat n'est nullement un combat dans lequel des adversaires s'entrechoquent, mais une discussion qui doit avoir pour but la démonstration de la vérité. Pour ce qui me concerne, je ne me reconnais l'adversaire d'aucune doctrine scientifique quelconque, pas même de l'homœopathie, puisque nous parlons de celle-ci en ce moment. Tous ceux qui, dans le public, prétendent que je suis un adversaire de l'homœopathie, permettez-moi cette expression peu parlementaire, ont purement et simplement proféré un mensonge.

Je vais vous dire, messieurs, ce que je suis et vous le définir; je ne recule jamais devant une définition. Je demande qu'on me donne la signification exacte, scientifique, de l'expression *similia similibus;* je demande qu'on me définisse la similitude, non par des comparaisons et des approximations qui ne sont pas de la science, mais d'une manière exacte; je demande ensuite qu'on me démontre ce soi-disant principe, non par des paroles, par des brochures, par des phrases, mais par des faits expérimentaux.

Quant à la question des doses infinitésimales, notez bien que je ne nie pas l'action d'un médicament quelconque à une dose quelconque; j'attends qu'on me démontre l'action thérapeutique ou physiologique de ce médicament, non au moyen de la plume, mais au moyen du fait revêtu de toutes les garanties d'exactitude exigées par la science moderne; mon laboratoire, mon cabinet d'expérimentation sont ouverts à tous ceux qui voudront me faire cette démonstration. Lorsque celle-ci m'apparaîtra évidente, je viendrai

la proclamer moi-même à cette tribune, et je l'affirmerai en présence du monde savant tout entier.

Vous voyez donc, messieurs, que je suis un singulier adversaire de la doctrine homœopathique. Je ne suis pas systématique du tout, puisque je suis disposé à déclarer personnellement que j'ai vu et observé tel fait qu'on m'aura démontré être exact; mais, par contre, je nie absolument ce que je n'ai pas vu, ce que je n'ai pas observé, ce qu'on ne m'a pas démontré.

M. Thiry. — Vos adversaires vous répondront que vous n'avez pas voulu voir.

M. Crocq. — Au contraire, je ne demande qu'à voir et à dire ce que j'ai vu, n'importe à quelle occasion. Je nie carrément, par exemple, les faits du magnétisme clairvoyant et du spiritisme, parce que rien ne m'a été démontré jusqu'à présent à cet égard. Mais qu'on me fasse constater par moi-même ces faits, toutes causes d'erreur étant écartées, et je proclamerai leur réalité.

M. Warlomont a dit qu'une discussion ferait perdre inutilement du temps à l'Académie; or, messieurs, si le mémoire de M. Stappaerts est imprimé, il fera aussi perdre du temps à ceux qui le liront; il fera perdre le papier qui sera employé pour l'impression; il fera perdre du temps aux typographes, aux compositeurs et au correcteur.

Le mémoire de M. Stappaerts peut être fort bien écrit, mais, en définitive, l'auteur vogue dans les nuages; il ne fait, en quelque sorte, que mâcher du brouillard, comme le disait un ancien et illustre collègue. Pourquoi donc le publierions-nous? Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'adopter la première conclusion du rapport : d'adresser des remercîments à l'auteur (il les a bien mérités) et de

déposer honorablement son travail aux archives de la Compagnie.

M. Barella. — Je partage la manière de voir de M. Crocq : j'estime qu'il n'y a pas lieu d'imprimer le mémoire de M. Stappaerts.

M. Warlomont. — Messieurs, ma position est assez difficile. A la façon dont MM. Thiernesse et Crocq ont engagé la discussion, il s'en faut de très peu que je ne sois menacé de passer ici pour un partisan de l'homœopathie.

M. Crocq. — Non, non.

M. Thiernesse. — Pas du tout.

M. Warlomont. — Je déclare, en tout cas, qu'il n'en est rien. J'ai dit tantôt pourquoi je propose l'impression du mémoire de M. Stappaerts. Selon M. Thiernesse j'aurais tout combattu ; j'aurais dit qu'il n'y a que des subtilités, des hérésies, des nuages dans le mémoire de M. Stappaerts, et je demanderais néanmoins qu'il soit imprimé !

M. Thiernesse. — Je ne me suis pas exprimé ainsi, mais tel est pourtant à peu près le sens de mes paroles.

M. Warlomont. — Eh bien ! c'est une erreur ; je n'ai jamais dit que tout ce qui était écrit dans le travail de M. Stappaerts fût opposé à mes idées. Comme moi, M. Stappaerts est adversaire de l'homœopathie, de même qu'il l'est de tout système en médecine ; comme moi, il pense que les sciences médicales sont trop peu avancées pour qu'il soit possible d'y trouver les éléments d'une synthèse complète. Il croit, en outre, qu'il est utile de discuter certains principes formulés par Hahnemann, et il le fait dans son travail avec une grande sagesse et une entière bonne foi ; il y examine différents points de la doctrine homœopathique et

prouve l'inanité des prétentions des homœopathes, beaucoup mieux que ne le font la plupart des écrits violents qui ont été publiés jusqu'à présent sur le même objet. Or, je prétends qu'il est, à un certain point, utile de lire un travail où une question semblable est traitée avec la modération voulue.

Des membres de l'Académie m'ont dit récemment : nous voudrions bien savoir enfin ce que c'est que l'homœopathie ; nous voudrions voir discuter la question avec calme. Eh bien, je voudrais, de mon côté, leur fournir le moyen de lire le travail de M. Stappaerts ; ils verraient, entre autres choses, que, s'il contient des aperçus favorables à la cause hahnemanienne, ces aperçus ne sont jamais des conclusions.

J'ai dit et je répète que ce travail renseignerait dans une juste mesure ceux qui veulent savoir ce que vaut l'homœopathie et ce qu'elle ne vaut pas.

Je maintiens donc mes conclusions, mais sans y tenir cependant outre mesure. Je craindrais qu'une trop grande insistance ne me fît passer pour appartenir à un clan où je ne voudrais pas laisser entrer seulement le bout du doigt. Je ne m'oppose pas toutefois à ce qu'on réfléchisse pendant un mois; on pourra ainsi lire le rapport et voter avec maturité dans la prochaine séance.

Plusieurs membres. — Sans discussion?

M. Thiernesse. — Oui, sans discussion.

M. le Président. — Nous sommes en présence de l'amendement de M. Thiry qui tend à remercier l'auteur et à déposer honorablement son travail aux archives de l'Académie.

Vient ensuite la proposition faite par M. Thiernesse

d'ajourner le vote des conclusions et de tout amendement, jusqu'après l'impression du rapport.

M. Warlomont. — Je me rallie à la proposition de M. Thiernesse.

M. Thiernesse. — Je répète, messieurs, que ma proposition ne tend pas à faire ouvrir une discussion sur l'homœopathie; mais il me paraît qu'on ne peut voter, au pied levé, sur une conclusion de l'importance de celle dont il s'agit, et qui est d'ailleurs contestée.

L'amendement présenté par l'honorable M. Thiry est un nouveau fait que j'invoque en faveur de ma motion. Elle doit être, me paraît-il, adoptée : c'est une déférence que nous devons à la commission.

M. Martin. — Du moment que l'on renonce à ouvrir une discussion, à quoi bon ajourner le vote?

M. le Président. — Je mets aux voix l'amendement de M. Thiry.

Le résultat du vote, par assis et levé, étant douteux, il est procédé à l'appel nominal.

L'amendement de M. Thiry est adopté par 16 voix, contre 14 et 2 abstentions

Ont répondu oui : MM. Mascart, Soupart, Thiry, De Roubaix, Gluge, Lefebvre, Gille, Pigeolet, Borlée, Gallez, Masoin, Barella, Janssens, *membres titulaires;* L. Martin, Somers et Gouzée, *membres honoraires.*

On répondu non : MM. Thiernesse, Hairion, Bellefroid, Chandelon, Lequime, Warlomont, Kuborn, Cousot, Boddaert, Willième, Degive, *membres titulaires;* de Koninck, Melsens et Van Beneden, *membres honoraires.*

Se sont abstenus: MM. Michaux et Rommelaere.

(M. Thiry reprend la présidence.)

3. RAPPORT de la commission chargée de l'examen du travail de M. le dr FAUCON, intitulé : Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux de la main et du poignet par la méthode antiseptique. — M. SOUPART, rapporteur (1).

M. le dr Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la faculté libre de médecine de Lille, connu parmi nous par plusieurs communications que notre Compagnie a accueillies avec une faveur méritée, nous a adressé un nouveau mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet par la méthode antiseptique.*

C'est là, sans contredit, un sujet intéressant et délicat, sur lequel la thérapeutique chirurgicale n'est pas encore bien fixée.

Les accidents graves dont furent souvent suivies les opérations sanglantes tentées contre ces tumeurs, la mort même qui en fut la conséquence chez un opéré de Dupuytren et, plus récemment, chez un opéré de Malgaigne (2), avaient rendu les chirurgiens circonspects et réservés au sujet de ces opérations. Malgré les succès exceptionnels obtenus, pour la plupart, après avoir été précédés d'inflammation et de suppuration envahissantes, suivies de rétraction des tendons et de difficultés dans les mouvements des doigts, il était généralement admis jusque dans ces derniers temps, suivant les préceptes de Dupuytren, de ne « recourir à une opération sanglante que lorsque le volume de ces tumeurs, devenu fatigant pour les malades les gêne au point de s'opposer au libre exercice de leur

(1) La commission est composée de MM. DE ROUBAIX et SOUPART.
(2) *Revue médico-chirurgicale de Paris*, année 1848, p. 315.

état. Dans le cas contraire, ajoute l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans ses *Leçons orales*, le praticien consulté pour cette affection doit engager le patient à vivre avec son mal. »

Depuis lors, ces préceptes, qui faisaient en quelque sorte loi, ont encore été corroborés par un éminent clinicien contemporain, M. le professeur Gosselin, à Paris, qui, après avoir fait une étude spéciale de cette espèce de kystes, a rejeté d'une manière absolue toute opération sujette à provoquer une inflammation suppurative qui « peut, dit-il, se propager au tissu cellulaire profond de la main et de l'avant-bras, prendre des proportions telles que l'infection purulente et la mort puissent en être la conséquence, et qui, dans le cas où l'inflammation se circonscrit à la cavité synoviale, laisse après elle des fistules de longue durée, des adhérences s'établissant non seulement entre les parois de la poche, mais aussi entre les tendons qui se rétractent et qui finissent par ne pouvoir plus glisser les uns sur les autres. Le malade est guéri de son kyste, mais il est condamné à l'infirmité de la main en griffe et à la perte des mouvements des doigts (1). »

En résumé, pour M. Gosselin, le chirurgien, en opérant, se trouve dans l'alternative de voir naître des accidents inflammatoires graves et de n'avoir en définitive pour résultat qu'une main estropiée. L'injection iodée elle-même ne trouve pas grâce devant ce juge sévère, parce que, dit-il, si son action se borne le plus souvent à une inflammation adhésive, cette inflammation peut aller jusqu'à la suppuration, et que, d'ailleurs, elle produit aussi des adhérences entre les tendons, occasionne leur rétraction et la difficulté des mouvements.

(1) GOSSELIN. *Leçons cliniques;* tome II, pp. 588 et 589.

Pour ces différents motifs M. Gosselin prétend que si l'on ne veut pas aggraver la situation des sujets, il faut s'en tenir aux moyens non-opératoires, aux vésicatoires, à la compression, ou au moyen opératoire le plus simple, la ponction suivie de compression.

En présence d'un précepte aussi formel, aussi rigoureux, M. Faucon s'est demandé si c'était là le dernier mot de la chirurgie et s'il fallait s'en tenir à cet aveu d'impuissance?

Telle est la question qu'il a portée en 1875 à la tribune de la Société de chirurgie de Paris, à propos de deux cas de kystes synoviaux du poignet qui se présentaient à son observation, et là, au milieu d'opinions contradictoires, il fut heureux, dit-il, d'entendre M. A. Guérin se prononcer en faveur d'une intervention chirurgicale, à condition de la faire suivre de l'application du pansement ouaté.

Le refus de ses deux malades empêcha M. Faucon de suivre alors le conseil de M. Guérin; mais son intervention ayant été acceptée plus tard, il se mit en devoir d'agir, et c'est ce qu'il fit successivement dans trois cas qui font le sujet du mémoire dont il va être question.

Avant de commencer la relation de ces trois opérations, l'auteur fait un court historique du drainage appliqué aux kystes en général et aux kystes synoviaux en particulier. Chassaignac l'a recommandé, mais il ne l'a pas appliqué à ces derniers.

Demarquay, d'après une relation de M. Swartz, son interne, l'aurait appliqué une fois avec succès. Malheureusement, fait observer M. Faucon, cette observation écourtée ne donne aucun détail sur le fonctionnement ultérieur de la main.

Dans une note subséquente, M. Faucon cite une autre

observation de drainage, appliqué en 1878 par M. Verneuil à la cure d'un kyste synovial à grains riziformes du poignet, en prenant toutes les précautions antiseptiques : spray de vapeur de tymol, établissement d'un drain en caoutchouc de l'avant-bras à la paume de la main, application de tarlatane tymolée sur les plaies et d'un appareil ouaté sur tout le membre ; ce qui n'empêcha pas la suppuration de se produire et de donner lieu, le treizième jour, à un foyer de pus épais d'un jaune verdâtre, après quoi le drain ayant été enlevé, les plaies allèrent en se rétrécissant pour n'être complètement fermées que cinquante-trois jours après l'opération. On constate « alors qu'au niveau de la paume de la main les vestiges du kyste forment encore une tumeur assez notable, mollasse, sans fluctuation, et qu'il persiste une assez grande gêne dans les mouvements. » Plus tard, les mouvements paraissent être revenus ; mais, comme le fait encore remarquer M. Faucon, au point de vue de la cure radicale, des nouvelles plus récentes eussent été désirables en raison de la tumeur palmaire.

Deux autres cas d'opérations pratiquées pour des kystes hordéiformes du poignet ont été publiés dans le *Journal des sciences médicales de Louvain*, par M. le professeur Debaisieux : l'un, opéré par une incision faite à la paume de la main, suivie d'injection de teinture d'iode, donna lieu aux accidents les plus graves, au point que si, à force de soins, l'opérée pût échapper à la mort, elle perdit à peu près complètement l'usage de la main.

Le second cas, opéré par notre honorable collègue, M. le professeur Michaux — après en avoir référé à l'auteur de la méthode antiseptique, M. Lister, qui, paraît-il, avait obtenu un succès dans un cas analogue traité par le drai-

nage et le pansement antiseptique — fut guéri après trois mois de traitement avec conservation de tous les mouvements (1).

Quant aux opérations de M. Faucon, pratiquées par le même procédé, avec les mêmes soins et les mêmes pansements antiseptiques, elles n'ont pas été aussi heureuses que celle de M. Michaux. Dans l'un des cas (kyste hordéiforme en bissac du poignet et de la paume de la main), la guérison a été obtenue au bout de trois mois de traitement, mais ce fut au prix d'une synovite suppurée et sans avoir produit le rétablissement complet des fonctions des doigts.

Dans le second cas (kyste séreux), l'opération, remarquablement innocente, dit l'auteur, fut suivie de récidive.

A côté de ces deux observations constatant, l'une un résultat imparfait et l'autre un insuccès, M. Faucon relate un autre fait emprunté à la pratique d'un de ses confrères, M. Legrand, médecin habitant un village du Pas-de-Calais. Dans le dernier cas, il s'agissait, comme dans la première observation de M. Faucon, d'un kyste hordéiforme de la main et du poignet. Le chirurgien, après avoir fait une ponction du kyste au-dessus et une autre au-dessous du ligament annulaire, fit une injection avec une solution d'iodure de potassium au dixième, puis traversa la tumeur à l'aide d'un séton composé de fils de lin, qu'il retira dès le second jour, et soumit la main à des irrigations continues. A l'aide de ce traitement, les plaies étaient guéries au bout de quinze jours et les mouvements étaient tout à fait rétablis, au point que l'opéré put reprendre son état de cordonnier.

Une quatrième observation est relative à un kyste syno-

(1) *Journal des sciences médicales de Louvain;* avril 1880.

vial de la face dorsale du poignet, opéré par l'extirpation du kyste, suivie de réunion immédiate des lèvres de la plaie et du pansement antiseptique, et guéri radicalement au bout de huit jours, sans laisser d'autre trace de l'opération qu'une petite cicatrice non adhérente aux tendons.

De l'exposé de ces observations, M. Faucon conclut :

1° Que si les faits signalés ne sont pas assez nombreux pour autoriser des préceptes absolus, ils sont néanmoins favorables à l'idée d'une intervention chirurgicale active dans les cas de kystes synoviaux tendineux, sous le couvert de la méthode antiseptique, et ils autorisent à protester contre une sorte d'abdication généralement admise;

2° Que tous ces faits témoignent de l'innocuité du drainage dans le traitement des kystes palmaires et que la plupart plaident en faveur de son efficacité;

3° Que la suppuration de la gaîne tendineuse ne pourra pas toujours être évitée dans les tumeurs à parois épaisses; mais que ce processus n'est pas un obstacle absolu à la guérison ainsi que le prouve sa première observation;

4° Que la récidive peut se montrer à la suite du drainage, si celui-ci n'a pas été employé pendant un temps suffisant; que, par contre, la dégénérescence fongueuse peut être le résultat d'un drainage trop longtemps prolongé, que c'est à l'expérience à déterminer la mesure à observer dans l'usage de ce moyen;

5° Que l'extirpation antiseptique des kystes dorsaux du poignet de petit et de moyen volume est une opération innocente et radicale; que la question reste tout entière pour les kystes volumineux.

Ces conclusions, malgré tous les tempéraments qu'y

apporte l'auteur, ne peuvent, nous semble-t-il, être adoptées sans de notables restrictions.

Si, en effet, nous analysons, sans idée préconçue et sans parti pris, les faits sur lesquels elles s'appuient, que trouvons-nous?

Des trois opérations pratiquées par M. Faucon, la première, faite comme il le dit, sous le spray et entourée de tous les soins et de toutes les précautions indiquées par Lister pour le pansement antiseptique, fut cependant suivie de *synovite suppurée grave*, de fièvre intense, de gonflement douloureux et de fusées purulentes envahissant l'avant-bras jusque près du coude, mettant près de trois mois à guérir et donnant pour résultat des cicatrices adhérentes aux tendons qui se trouvent ainsi gênés dans leurs mouvements.

La seconde opération, pratiquée par M. Faucon de la même manière et avec les mêmes soins antiseptiques, pour un kyste synovial tendineux de la paume de la main et du poignet à contenu séreux, ne donne lieu à aucun symptôme de réaction ni locale, ni générale. Au bout d'un mois, la cicatrisation des plaies est obtenue, laissant toutefois au niveau de la cicatrice de l'avant-bras *un noyau induré sous forme de plaque qui adhérait profondément aux tendons fléchisseurs* et spécialement à l'index dont elle suivait les mouvements. La guérison semblait assurée, lorsque, revue trois mois plus tard, l'opérée présentait les mêmes tumeurs synoviales et, *bien que la gêne des mouvements ne fût pas aussi accentuée qu'avant l'opération, elle tendait, dit M. Faucon lui-même, à s'aggraver de plus en plus.*

En rapprochant de ces deux opérations, pratiquées par M. Faucon sous le couvert de la méthode antiseptique, le

fait emprunté à la pratique de son confrère, M. Legrand, qui, sans avoir recours à cette méthode, obtient en quinze jours, à l'aide d'irrigations continues, une guérison complète avec conservation des mouvements des doigts, il y a là un contraste frappant qui n'est pas, il faut en convenir, tout à fait à l'avantage de la thèse soutenue par notre auteur.

Sans vouloir inférer de là que le moyen employé par M. Legrand doit l'emporter sur les pansements dits antiseptiques, il n'est pas moins remarquable qu'il ait si bien réussi (1), tandis que, malgré tous les soins apportés à ces derniers par M. Faucon, les accidents signalés n'ont pu être évités; c'est bien le cas de répéter ici qu'aucun moyen n'est infaillible et que ses indications et ses résultats varient selon les dispositions et les circonstances particulières dans lesquelles se trouve le patient.

En tout état de cause, les accidents indiqués et la possibilité de leur apparition n'autorisent pas à proclamer ici l'innocuité du drainage, même sous le couvert de la méthode antiseptique; c'est là une conclusion rigoureuse qui découle des faits eux-mêmes et que ne peuvent infirmer ni le succès remarquable obtenu par notre habile collègue M. Michaux, ni ceux insuffisamment relatés de Lister, de Demarquay et de Verneuil. Ces succès réunis eussent-ils traversé, sans aucun accident inflammatoire, la longue période de traitement qu'ils ont nécessitée presque tous, ne sont pas de nature à pouvoir effacer, jusqu'ici, les préceptes de réserve et de prudence émis à ce sujet par les maîtres

(1) M. Michon, dans sa *Thèse de concours pour une chaire de clinique chirurgicale*. Paris, 1851, p. 118 et suivantes, signale les bons effets obtenus, dans des cas analogues, par A. Berard, Ansiaux, Robert, Sanson et Rapatel, à l'aide de l'irrigation froide continue ou de l'emploi de la glace après l'ouverture du kyste.

éminents que nous avons cités au début de notre rapport.

Il n'en est pas de même de l'extirpation appliquée par M. Faucon à un kyste de la face dorsale du poignet. Ici l'opération aidée de la méthode antiseptique de Lister a été couronnée d'un plein succès, et malgré la dénudation d'un tendon, la réunion immédiate n'a été entravée par aucune complication et la guérison a été obtenue en huit jours. C'est donc à ce procédé plutôt qu'au drainage que devrait s'appliquer la prétention d'innocuité quant au fait en lui-même. En théorie, cette innocuité de l'extirpation, suivie de l'occlusion immédiate de la plaie, s'explique et se comprend facilement; tandis que le drainage, en introduisant un corps étranger à demeure pour y provoquer le bourgeonnement, expose aux conséquences et aux accidents qui peuvent résulter de l'inflammation suppurative. Nous en concluons que l'extirpation, si elle est applicable, l'emporte et doit être préférée au drainage.

Ici s'arrête, messieurs, le rôle de votre commission dans l'appréciation du travail qui vient d'être passé en revue. Mais, en présence de l'incertitude que doivent laisser dans vos esprits, d'une part les préceptes d'abstention, et d'autre part les velléités d'intervention active et les tentatives faites dans cette voie, votre rapporteur a cru devoir pousser ses investigations plus loin et tâcher de fournir de nouveaux éléments à ce point litigieux de la thérapeutique chirurgicale. Il croit, sans trop de présomption, y être parvenu par les considérations suivantes, qu'il vous demande, messieurs, la permission d'exposer ici en quelques mots.

Considérant, d'une part, que les tumeurs dont il s'agit sont des cavités closes formées par une membrane séreuse dont les parois mises en contact immédiat présentent les

meilleures conditions organiques pour adhérer entre elles, et que le liquide qu'elles contiennent, rendu libre et épanché dans les tissus ambiants, est facilement repris par les vaisseaux absorbants et reporté dans le torrent circulatoire, que c'est ce qui a lieu par la rupture ou la déchirure sous-cutanée de ces kystes, rupture qui est souvent suivie d'une guérison radicale, surtout si on la fait suivre d'une compression convenable ;

Considérant, d'autre part, que la division des tissus pratiquée sous les téguments à l'abri du contact de l'air — en d'autres termes — que les incisions sous-cutanées, telles que la ténotomie et autres, exécutées d'après les préceptes de M. Jules Guérin, sont exemptes d'inflammation et partant des accidents qui peuvent en résulter, il est rationnel d'appliquer, par analogie et avec toutes les garanties désirables, l'incision sous-cutanée aux kystes synoviaux à parois épaisses non susceptibles de rupture par la pression, dans le but de produire l'épanchement ou la diffusion du contenu de la poche dans les tissus ambiants du voisinage, et de provoquer l'adhésion des parois de cette poche par une douce compression pratiquée et maintenue pendant un temps suffisant.

Pour les kystes contenant des productions hordéiformes, le même procédé nous paraît rationnellement applicable, car ces produits organiques, qui ne sont autres que des fragments d'albumine concrétée, sont tout aussi susceptibles d'être dissous et résorbés que les ligatures de catgut et de soie, si on les place dans un milieu organique autre que la poche au sein de laquelle ils se sont formés.

Il y a donc là des essais à tenter avec d'autant plus de raison que, d'après ce qui vient d'être dit, ces essais doivent être inoffensifs.

En cas d'insuccès de pareille tentative, il sera toujours temps, si les circonstances et la situation du malade l'exigent de recourir à une autre opération qui, pour nous, ne sera jamais le drainage, même antiseptique, mais bien l'extirpation ou l'excision sinon de la totalité au moins de la paroi antérieure du kyste, suivie de l'occlusion immédiate de la plaie et entourée de tous les soins, de toutes les précautions qu'exige toute opération aussi délicate.

Quoi qu'il en soit de ces considérations que je livre aux méditations et à l'initiative des praticiens, votre commission estime que les observations recueillies par M. Faucon présentent, à différents points de vue, un grand intérêt pour la science, et que son mémoire est digne de figurer dans nos publications. Elle vous propose, en conséquence, messieurs, de l'insérer dans le Bulletin de vos séances et d'adresser des remercîments à son auteur, dont le nom est déjà porté sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. — Adopté.

4. ABLATION d'une tumeur kystique, d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche ; opération très compliquée ; guérison ; par M. WASSEIGE, correspondant.

(Observation recueillie par M. VANDEN BOSCH, assistant à la clinique obstétricale de l'Université de Liége.)

Jeanne M... épouse B..., ménagère, domiciliée à Montegnée, est âgée de 38 ans. Tempérament lymphatique. Constitution bonne. Sans antécédents fâcheux du côté de sa famille. Elle a été réglée une fois à l'âge de 16 ans, puis ses menstrues ne se sont plus montrées jusqu'à l'âge de 18 ans, pour s'établir alors régulièrement et revenir jusqu'à sa

quatrième grossesse, à époque fixe, sans être accompagnées de phénomènes particuliers. Elle a été cinq fois enceinte; les quatre premières grossesses se sont terminées à terme et naturellement, la dernière, en novembre 1879; une s'est terminée par un avortement, à 2 1/2 mois, sans cause appréciable.

Après son second accouchement M... a été atteinte de métrite et, après le quatrième, elle a eu un abcès au sein droit.

Au commencement de mars 1880, après avoir sevré son dernier-né, elle a vu reparaître ses menstrues, qui ont duré 8 jours. Elles sont encore revenues pendant les huit premiers jours d'avril.

Le 23 du même mois, nouvelle perte pendant 15 jours; enfin 3 semaines plus tard (fin mai), métrorrhagie ayant duré 8 jours.

Plus de menstruation depuis le mois de mai jusqu'en septembre. Le 2 de ce mois, règles normales pendant 8 jours. Celles-ci reparaissent encore aux mois d'octobre, novembre, décembre et janvier.

C'est au mois de février 1880 que la femme M... qui avait conservé un ventre volumineux après ses accouchements, s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un poing dans l'abdomen.

Lorsque notre excellent confrère, M. le dr Galand, de Montegnée, nous envoie la malade, le 5 août 1880; son état général est excellent, elle n'est point émaciée ; l'appétit est bon, la digestion se fait bien, la miction est fréquente et peu abondante, les selles assez régulières. Le cœur fonctionne bien, mais le moindre effort amène des palpitations. On ne trouve rien d'anomal du côté des poumons.

Les seins sont flasques, atrophiés, le mamelon et l'aréole normaux. La femme nous dit que le développement du ventre s'est fait sans fièvre ni vomissements. Elle croit sentir les mouvements d'un fœtus depuis quelques jours. Pendant le décubitus dorsal la respiration est un peu gênée et les battements du cœur sont précipités.

Examen de l'abdomen. — *Inspection.* — Le ventre est volumineux comme à la fin d'une grossesse, les téguments ne présentent rien de particulier, les veines sont très marquées, l'ombilic est saillant.

La mensuration donnait à cette époque :

Circonférence au niveau de l'ombilic, 94 centimètres ;

Du milieu de la crête iliaque d'un côté, au même point du côté opposé, 54 centimètres ;

De l'ombilic au pubis, 26 centimètres ;

De l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 21 centimètres.

Palpation. — Par le palper, qui est tout à fait indolent, on limite une tumeur à convexité supérieure s'étendant à 10 centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale et donnant au ventre une forme mamelonnée. La partie accessible est manifestement divisée en trois lobes séparés par deux sillons peu profonds et résistants. Le plus grand des lobes est situé sur la ligne médiane, un autre dans la fosse iliaque droite, le troisième dans la région ombilicale à gauche. Tous trois donnent la sensation, assez vague, d'une loge pleine de liquide, et de plus, dans le lobe médian, on produit une espèce de crépitation. La peau du ventre se déplace peu sur la tumeur.

Du côté droit, au-dessus de la branche horizontale du pubis, on sent une petite tumeur dure, dépassant de deux travers de doigt cet os et ayant tous les caractères du corps

de l'utérus. Elle est refoulée en avant, pressée contre la paroi antérieure du bassin, et pend pour ainsi dire au-dessus de celui-ci. Elle est peu mobile et ne peut se séparer de la tumeur principale.

La percussion fait constater, au niveau de toute la tumeur, une matité complète. En percutant par petits coups secs, suivant les différents diamètres, on perçoit une fluctuation sourde, une espèce de tremblement d'un côté de l'abdomen à l'autre et aussi dans chacun des lobes. Il y a un peu d'ascite.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle et des borborygmes fréquents ; pendant cette exploration, l'oreille reçoit des chocs analogues à ceux que produiraient des mouvements actifs d'un fœtus.

Par *le toucher vaginal*, nous constatons que le col est très court, présente un orifice arrondi et est pour ainsi dire réduit à un petit anneau. La consistance est normale. Il est très élevé, rapproché de la symphyse pubienne et situé tout à fait à droite de la ligne médiane. Les mouvements imprimés à la tumeur entière et à la petite tumeur située au-dessus du pubis sont communiqués au col.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule qui semble adhérente à la paroi postérieure du bassin. Les culs-de-sac latéraux sont effacés, comme si le segment inférieur de l'utérus était étalé sur eux. Cela est surtout marqué à gauche, où il y a de la résistance.

Après cet examen minutieux, il nous est impossible de poser notre diagnostic définitif. Il est certain qu'il y a là une tumeur ; mais en présence des chocs si nets que nous avons sentis, pouvons-nous affirmer que la petite tumeur qui

est située à droite, au-dessus du pubis, constitue à elle seule la matrice et que nous n'avons pas affaire à un utérus bicorne, dont l'état gravide serait compliqué d'une tumeur ovarique ou utérine? Et quelle est en tout cas la nature de la tumeur? Nous ne pouvons actuellement trancher ces questions; nous nous réservons de les résoudre lorsque nous aurons observé la femme pendant quelque temps.

Nous la revoyons le 17 août et le 27 septembre, sans trouver de changements notables. Disons cependant que, lors du dernier examen, nous n'avons plus senti les chocs.

Le 30 novembre, nous revoyons la malade et nous constatons à peu près les mêmes symptômes; de plus, le teint est jauni, la marche est plus pénible, la respiration plus gênée, les digestions lentes; tympanite après les repas. Le ventre est plus volumineux et plus en besace.

Par la mensuration, nous obtenons :

Circonférence au niveau de l'ombilic, 97 centimètres;

Du milieu de la crête iliaque d'un côté, au même point du côté opposé, 57 cent.;

De l'ombilic au pubis, 28 cent.;

De l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 22 cent.

La tumeur dépasse la cicatrice ombilicale de 13 cent.

Le lobe médian et le supérieur sont plus fluctuants.

La crépitation est plus manifeste, surtout au niveau de l'ombilic.

L'auscultation est tout à fait négative.

Par le toucher, nous trouvons certains changements : le col de l'utérus est plus long et complètement refoulé contre la paroi antéro-latérale droite du bassin. Le cul-de-sac latéral gauche est légèrement convexe. Le doigt sent,

en cet endroit, une légère fluctuation lorsqu'on imprime des chocs en différents points de l'abdomen.

On trouve toujours une petite tumeur fixée en arrière.

Un nouvel examen, pratiqué au mois de décembre, nous montre la malade dans le même état.

Diagnostic. — N'ayant plus senti les chocs ni aucun autre signe certain de grossesse, nous écartons l'idée de celle-ci, d'autant plus qu'un temps assez long s'est écoulé entre l'examen actuel et celui qui nous avait fait croire à l'existence possible d'une grossesse anormale.

Les chocs avaient probablement été causés par des contractions brusques de l'intestin qui peuvent produire des secousses ressemblant, à s'y méprendre, à un choc fœtal ; de même les mouvements que la femme croyait sentir doivent être rapportés à des déplacements de gaz dans l'intestin (Tarnier).

Nous sommes en présence d'une tumeur kystique dont les loges renferment une substance soit gélatineuse, soit colloïde, et ayant des adhérences considérables et nombreuses avec la paroi abdominale, la surface postérieure de l'utérus (la petite tumeur constatée à droite) et peut-être d'autres organes : les intestins, par exemple (borborygmes).

L'intervention étant jugée indispensable, la malade en est informée; l'opération, acceptée par elle, est décidée pour le mois de janvier, quelques jours après les règles. Jusque-là, M... est soumise à un régime fortifiant. Les règles paraissent du 6 au 10 janvier. L'opération, d'abord fixée au 15 janvier, est retardée jusqu'au 22 pour des raisons indépendantes de notre volonté.

L'avant-veille au soir, on fait prendre 30 grammes

d'huile de ricin, et la veille, suivant la pratique de Kœberlé, on administre 2 grammes de sous-nitrate de bismuth en 4 paquets, dans le but de décomposer les gaz ou les liquides hydro-sulfurés contenus dans le tube digestif.

Opération. — Elle est pratiquée avec l'aide de notre assistant, M. le dr Vanden Bosch, de M. le dr Galand, de M. Terfve, chef de clinique des accouchements, de MM. Delforge, Demersman, Snyers, Georges, Delruelle, Rix et de Cock, étudiants en médecine.

La malade, placée dans une position convenable sur une table garnie, les jambes entourées jusqu'aux aines d'une épaisse couche d'ouate maintenue par des bandes roulées, et tout le corps recouvert d'une grande toile imperméable et ne laissant à découvert que la paroi abdominale entre l'ombilic et les pubis, sur une largeur de 3 à 4 centimètres, est sondée puis chloroformée au moyen de l'appareil de Juncker.

La méthode antiseptique est appliquée dans toute sa rigueur.

L'incision de la paroi abdominale, s'étendant de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, à 4 centimètres de la symphyse pubienne, est faite couche par couche.

Arrivé au péritoine, celui-ci est ouvert et, par la boutonnière pratiquée, on introduit une sonde cannelée sur laquelle on incise la séreuse dans toute la longueur de la plaie. Il s'écoule une petite quantité de liquide ascitique. Pendant ce temps de l'opération, cinq pinces hémostatiques sont placées sur des vaisseaux divisés. L'abdomen étant ouvert, une tumeur grisâtre apparaît entre les lèvres de la plaie.

Une main introduite dans la cavité abdominale détruit

plusieurs adhérences qu'elle rencontre à droite et à gauche.

La paroi de la tumeur est saisie au moyen de deux pinces à plateau de Péan et maintenue par un aide contre les lèvres de l'incision. Nous ponctionnons la tumeur avec le trocart de Spencer-Wells. Il s'écoule un liquide purulent, jaune, épais. Une poche est bientôt vidée et l'écoulement s'arrête; en poussant le trocart, nous perforons une cloison et faisons pénétrer l'instrument dans une autre loge qui laisse échapper un liquide gélatineux.

Nous cherchons alors à amener la tumeur kystique au dehors en exerçant des tractions sur les pinces à plateau; mais nous ne parvenons qu'à la faire tourner de façon à amener son fond dans l'aire de la section abdominale.

Nous avons soin de placer dans la cavité abdominale un linge trempé dans de l'eau phéniquée tiède et bien exprimé.

Des adhérences très considérables sont liées et sectionnées. A droite, nous trouvons une adhérence intime avec l'intestin. Ne pouvant la détruire ni au moyen des doigts, ni au moyen de la spatule, nous sommes obligé de la sectionner, de réséquer un lambeau de la paroi kystique, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, qui reste attaché à l'intestin. Nous avons au préalable appliqué une pince en T pour empêcher tout écoulement de liquide dans le péritoine. D'autres adhérences moins importantes sont encore rencontrées.

Notons aussi que la paroi de la tumeur présentait un commencement de dégénérescence en plaque particulière décrite par de Sinety et Malassez dans les *Archives générales de physiologie;* que cette paroi est, en outre, très épaisse, fibreuse, et que le doigt introduit à l'intérieur du

kyste rencontre un enchevêtrement de cloisons (aréolaire).

Nous faisons une nouvelle ponction dans le fond de la tumeur, qui malgré cela ne peut être amenée au dehors.

Recherchant la cause de cette résistance, nous trouvons la partie inférieure gauche de la tumeur complètement adhérente au bassin et au vagin; de plus, la partie inférieure de la paroi antérieure est intimement unie à toute la longueur de la face postéro-latérale gauche de l'utérus.

Ne pouvant songer à énucléer la tumeur, nous nous décidons à jeter quelques fortes ligatures de fil de soie phéniquée sur le kyste, au niveau du fond de l'utérus; à faire la section à quelques centimètres au-dessus, et à fixer le pédicule ainsi formé dans la plaie, nous réservant de vider la poche et d'en faire le drainage.

Mais ce plan ne peut être mis à exécution, parce que les ligatures ne prennent pas sur les épaisses parois du kyste: il n'est pas possible de les serrer. Nous appliquons sur le kyste et la partie supérieure de la matrice un fil de fer recuit, adapté à un constricteur de Maisonneuve, pour étreindre ces parties et former un pédicule. La striction était à peine commencée que le fil métallique se brise.

Un deuxième fil eut le même sort lorsque nous allions cesser la constriction. Un troisième fil étant placé, nous le serrons avec prudence, puis lorsque nous croyons être arrivé à un degré de pression suffisant nous coupons, à 3 centimètres environ au-dessus de l'anse métallique, après avoir eu soin de protéger convenablement la cavité péritonéale contre l'écoulement du sang et du contenu de la tumeur (éponges dans l'abdomen).

Dans la section, le tissu crie sous le couteau, et celui-ci rencontre de petites concrétions.

En attirant le pédicule à l'extérieur pour nous rendre compte de la facilité de sa fixation dans la plaie, nous voyons tout à coup le fil de fer glisser et le pédicule s'échapper. Une hémorrhagie considérable se déclare. Nous nous hâtons de ressaisir le pédicule avec de fortes pinces et de le rentrer dans l'anse, puis nous serrons plus fortement celle-ci.

En ce moment, le pouls de la femme est misérable, sa face est couverte de sueur froide ; nous devons nous hâter de terminer et éviter tout écoulement de sang, si nous ne voulons voir succomber la patiente entre nos mains. Nous faisons la toilette du péritoine, qui est des plus simples, car plus aucun point ne donne de sang, et la cavité, ayant été bien garantie pendant tout le temps qu'a duré l'opération, ne contient qu'un peu de liquide sanguinolent. Elle est bientôt étanchée.

Pendant ce temps, nous faisons faire à la malade deux injections sous-cutanées d'éther sulfurique, d'un gramme chacune.

La partie supérieure de la plaie abdominale est fermée par quatre points de suture en soie phéniquée, comprenant le péritoine, et le pédicule, amené avec le constricteur dans la partie inférieure de l'incision, est maintenu sur son pourtour par une série de points de suture dont plusieurs passent sous l'anse métallique et la fixent aux bords de la plaie cutanée.

La femme qui s'est réveillée se plaint de tiraillements douloureux dans le bassin. Elle est très faible, a le facies livide, décomposé.

Nouvelle injection sous-cutanée d'un gramme d'éther.

Il est impossible en ce moment de faire le drainage de la

portion du kyste restée adhérente, parce que la constriction est trop forte. Il ne contient du reste pas grand'chose.

La partie inférieure du pédicule est représentée par la section du fond de l'utérus ; la partie supérieure, par la section du kyste, qui a l'aspect d'un linge fortement froncé, aspect dû en partie au froncement de la paroi, mais aussi aux nombreuses cloisons qui se croisent dans toutes les directions de la poche.

Le fond de l'utérus a été coupé obliquement de gauche à droite, et l'ovaire droit a été compris dans la section.

Le constricteur est entouré d'ouate pour qu'il ne puisse pas blesser les téguments.

Le pansement de Lister est appliqué, puis la femme est mise au lit. On lui fait prendre un peu de champagne. Elle est bien chaudement couverte. Elle se plaint de faiblesse et de douleurs lombaires. L'opération a duré 2 1/4 heures.

Avant l'opération, la température était de 37,8 et le pouls à 82 ; après : température 36,5 ; pouls 120, petit.

Prescription. Champagne frappé, par cuillerée à café.

Soir. Pas de vomissements, pas de douleurs. La femme se trouve assez bien. Cathétérisme, urine normale. Température 36,5 ; pouls 112, petit.

23 janvier. Température 37,5; pouls 148, petit.

L'opérée a passé une mauvaise nuit, elle a éprouvé de fortes douleurs abdominales et lombaires ; un vomissement de matières muqueuses. Elle se trouve très faible. Elle urine naturellement, sans effort ni douleur.

Prescriptions. — Champagne frappé et petits morceaux de glace de temps en temps. — Un peu de bouillon et de lait.

La journée n'est pas fort bonne, la femme se plaint

presque continuellement, elle est agitée. Elle a encore quelques vomiturítions. Miction spontanée.

24 janvier. Température 37,5; pouls 136, petit.

La nuit a été plus calme que la précédente, mais sans sommeil. Deux vomissements bilieux pendant la nuit. Elle urine sans assistance. Beaucoup moins de douleurs. Langue chargée. État général un peu plus satisfaisant. L'opérée se trouve mieux.

Le pansement est levé sous le spray. Nous trouvons le ventre un peu ballonné, à peu près indolore. Le pédicule qui est noirâtre laisse échapper un liquide séro-sanguin, peu abondant et sans beaucoup d'odeur. Certaines parties du pédicule se sphacèlent.

Nous nettoyons soigneusement le moignon, nous enlevons des parties sphacelées, puis nous cautérisons quelques points saignants au thermo-cautère de Paquelin.

Placement de trois tubes à drainage dans le kyste et nouveau pansement.

Mêmes prescriptions que la veille, plus une décoction de quinquina.

La journée est assez bonne. Plus de vomissements. De temps en temps le front se couvre de sueur. La face est jaune et les traits tirés.

25 janvier. Température 37°; pouls 140, peu résistant.

L'opérée a un peu dormi pendant la nuit. Facies un peu meilleur. Ventre légèrement sensible à la pression. Elle se trouve bien, dit ne pas souffrir. La langue est un peu moins chargée, elle est assez humide. Urine normale.

Prescriptions. — Bouillon avec jus de viande. Champagne frappé. Lait. Quinquina. Dans l'après midi le pansement est levé. Le ventre est ballonné, encore un peu sensible à la

pression. Le pédicule est trouvé dans le même état que la veille. On enlève les tissus mortifiés et le pansement est renouvelé après badigeonnage du moignon avec une solution de chlorure de zinc au 1/8 et introduction de trois tubes à drainage.

26 janvier. Température 38,8 ; pouls 132. La nuit a été bonne. La femme se trouve bien, l'état général est assez satisfaisant. Facies sans grande altération. La langue se nettoie.

Mêmes prescriptions, plus un peu de vin de Porto. A la levée du pansement, on trouve le ventre distendu par des gaz. La pression même profonde, n'y détermine aucune douleur. La gangrène du pédicule, de la partie constituée par les cloisons du kyste resté adhérent, fait des progrès. Les cloisons se ramollissent et commencent à se laisser enlever facilement. Le fond de l'utérus dans l'angle inférieur de la plaie a contracté des adhérences avec celle-ci, de même les bords du kyste dans l'angle supérieur et sur les côtés.

Il s'écoule peu de liquide par les drains, mais de la partie supérieure du moignon (kyste) il s'écoule une assez grande quantité de pus sale d'une odeur infecte.

Malgré la décomposition du kyste, nous continuons le pansement à l'acide phénique pour préserver autant que possible les parties saines et bourgeonnantes du moignon. Drainage.

27 janvier. Température 36,5 ; pouls 136, peu résistant. Nuit mauvaise. La femme a eu six selles diarrhéiques. La langue est saburrale, sèche. Pas de frisson. Douleurs lombaires.

Nettoyage de la plaie, enlèvement de quelques points de suture. Renouvellement du pansement et des tubes à drainage.

Prescriptions. — Bouillon bien dégraissé. Porto. Quinquina. Opium à doses massives contre la diarrhée et les douleurs lombaires. Acide phénique à la dose de 50 centigrammes par jour.

28 janvier. Température 36,5; pouls 136, petit. Nuit meilleure. La femme a dormi un peu. Elle se dit plus faible, mais ne se plaint plus de douleurs. Pas de selle, la langue est plus belle, humide. L'appétit se réveille un peu.

Même traitement que la veille. Viande rôtie à sucer.

Dans l'après midi, on lève le pansement, on nettoie la plaie qui donne beaucoup de pus; on constate que la paroi du kyste est bien adhérente aux lèvres de la plaie. On enlève les points de suture et on retire le fil de fer étreignant le pédicule, qui, en ce moment, s'enfonce un peu. Drainage et pansement.

29 janvier. Température 37; pouls 140, un peu plus résistant que la veille. Nuit assez bonne. La femme se trouve mieux. Langue plus belle, humide. Appétit assez marqué. Rien de particulier du côté du ventre, si ce n'est quelques coliques. Elle n'a plus eu de selle depuis l'avant-veille.

Nous prescrivons un lavement purgatif, à l'huile de ricin, celui-ci est suivi d'une selle copieuse.

L'élimination des parties sphacelées permet de voir la surface interne du kyste bourgeonnant parfaitement.

Pansement. Drainage et application de morceaux de gaze phéniquée dans le kyste.

Prescriptions. — Bouillon. Lait. Viande crue en boulettes trempées dans du cognac. Porto. Quinquina.

30 janvier. Température 38; pouls 124, plus ample, plus résistant. Nuit assez bonne. Quelques heures de bon sommeil. Facies bon. État général satisfaisant. Langue belle.

L'appétit se manifeste de plus en plus. Un peu de tiraillements dans la région lombaire.

Après avoir levé le pansement, nous constatons que le météorisme est presque nul. Le pédicule est rétracté. Dans le fond de l'entonnoir ainsi formé, on voit les parties sphacelées du kyste qui continuent à être éliminées et se laissent enlever par grands lambeaux. Le bourgeonnement des parties continue. Désinfection du moignon. Injection d'eau phéniquée dans le kyste. Drainage. Pansement.

Prescriptions. — Viande rôtie. OEuf à la coque. Bouillon, lait, porto, quinquina. Lavement purgatif suivi d'une bonne selle.

31 janvier. Température 37,5; pouls 124.

La femme accuse du malaise. L'état général semble bon cependant. Aucune douleur. Mêmes soins que la veille.

Prescriptions. — Viande rôtie, deux œufs, lait, bouillon. Porto, quinquina.

1^er^ février. Température 38; pouls 132, moins résistant. Nuit mauvaise; deux vomissements et deux petites selles. La figure est moins bonne. La femme est affaissée. Un peu de muguet sur la langue qui est large, humide et sur les gencives. Toux légère, respiration un peu gênée. Mêmes soins pour le pédicule.

Collutoire au benzoate de soude contre le muguet. Acide phénique à l'intérieur. Contre la toux, potion calmante.

L'appétit est conservé, on diminue cependant un peu la nourriture. Eau gazeuse avec du vin de Bordeaux.

2 février. Température 37,5; pouls 120.

La femme a dormi toute la nuit. Elle se trouve beaucoup mieux. Elle a eu deux selles naturelles le matin. Le muguet persiste. Appétit bon.

Mêmes soins pour le pédicule, deux fois par jour.

L'eau phéniquée pour les injections est remplacée par de l'eau chlorurée au 2/100.

Mêmes prescriptions. Viande rôtie en plus.

5 février. Température 37; pouls 120.

L'état général est très satisfaisant.

A partir de ce jour l'opérée a marché régulièrement vers la guérison. Le muguet, qui avait envahi l'arrière gorge et le voile du palais, n'a guère gêné la femme et a cédé à des applications de borate de soude aidées du raclage. Les fonctions se sont remplies régulièrement. L'appétit s'est développé de jour en jour. Le kyste faisant partie du pédicule s'est fermé de plus en plus par bourgeonnement (on a continué les injections chlorurées).

Le 20 février, l'opérée se lève pour la première fois pendant une heure.

Le toucher vaginal, pratiqué à cette époque, donne les renseignements suivants : le col de l'utérus est élevé, reporté sur la ligne médiane; le cul-de-sac postérieur est libre.

Aujourd'hui, la femme M... est dans d'excellentes conditions de santé générale, elle a gagné de l'embonpoint et elle vague à ses travaux de ménage. L'ouverture du kyste n'a guère qu'un demi centimètre ; un stylet ne peut y pénétrer qu'à 5 centimètres environ. La cavité bourgeonne toujours et saigne facilement.

La menstruation n'est pas rétablie.

IV. — COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret à 2 heures et un quart.

1. *Rapport de la commission de comptabilité sur la gestion du bureau en* 1880. — M. Crocq rapporteur.

La commission propose de voter des remercîments au bureau pour sa gestion.

Cette proposition est adoptée, ainsi que celle faite ensuite par M. Pigeolet de remercier également la commission du soin qu'elle a apporté dans l'accomplissement de son mandat.

2. Dépôt du *rapport de la commission chargée d'apprécier, au point de vue des prix de* 300 *francs, les travaux présentés à l'Académie par des Belges, en* 1878. — M. Bribosia, rapporteur.

Ce rapport sera imprimé et distribué pour être discuté dans le comité secret de la prochaine réunion.

3. *Question proposée par le bureau pour le concours à ouvrir en remplacement des prix de* 300 *francs :*

« Déterminer le degré d'utilité des analyses spectrales dans les recherches de médecine légale et de police médicale.

« Prix : 1,200 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1882. »

Conformément à l'amendement présenté et développé par M. Depaire, la question est formulée dans les termes suivants :

« Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. »

— La séance est levée à deux heures trois quarts.

1. **LEÇONS ORALES sur les phrénopathies ou traité théorique et pratique des maladies mentales par J. GUISLAIN, professeur à l'Université de Gand; 2e édition, annotée et publiée par M. le dr B. C. INGELS**, médecin de l'hospice Guislain.

RÉSUMÉ.

Quoique bien des progrès aient été réalisés en psychiatrie dans ces dernières années, les leçons orales de Guislain sur les phrénopathies, qui datent pourtant de 1852, ont conservé encore toute leur valeur au point de vue de l'enseignement de cette partie des connaissances médicales : elles demeurent toujours une œuvre capitale, de premier ordre, parce qu'elles émanent d'un observateur sagace, qui a su prendre la nature sur le fait et la reproduire en tableaux d'une vérité saisissante. Ce livre, véritable monument scientifique, fera époque dans l'histoire de la psychiatrie; il pourra longtemps encore servir de guide, plus longtemps peut-être que beaucoup d'ouvrages dus à la génération actuelle, qui, tout entière à la pathologie expérimentale, a trop de tendance à délaisser l'expérimentation de la nature elle-même, c'est-à-dire les faits fournis par la clinique.

Ce sont ces motifs qui m'ont engagé à faire revivre l'œuvre de Guislain sans l'altérer ni dans son essence, ni dans sa forme. Les additions, que le progrès de la science a rendues nécessaires, je les ai intercalées dans le texte primitif en les fondant dans l'ensemble, de façon à lui laisser toute son unité. C'est assez dire que je considère cette 2e édition des leçons orales sur les phrénopathies comme un pieux hommage à la mémoire du maître illustre, sous les auspices duquel je suis entré dans la carrière de médecin d'asile d'aliénés. J'ai entrepris et achevé cette publication

avec grand plaisir, parce qu'elle m'était pour ainsi dire imposée par la reconnaissance. Néanmoins, si ma tâche a été des plus agréables elle n'a pas toujours été facile : rien, en effet, n'est souvent moins aisé que de remanier la pensée d'autrui et d'y rattacher des matériaux nouveaux sans trop de discordance.

On n'attend pas de moi, en l'occurrence, que je retrace le plan de ce livre, admirable à mon avis, ni que j'en fasse ressortir les mérites. Il est, du reste, assez connu pour que la chose soit inutile. Je me contenterai donc de rappeler brièvement les parties où quelques modifications ont été introduites.

L'ouvrage débute par une espèce de pathologie générale de la folie, par une appréciation de la valeur des divers symptômes fournis par l'organisme malade. Guislain a si soigneusement étudié son sujet dans cette partie qu'il y a bien peu de remarques nouvelles à ajouter aux données recueillies par lui. Cependant quelques additions sont venues compléter, dans cette seconde édition, cette espèce d'introduction générale à l'étude de l'aliénation mentale. On peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur les trois premières leçons. On y rencontrera des détails nouveaux sur la méthode d'exploration en général, sur les phénomènes que révèle l'emploi de l'ophthalmoscope, du sphygmographe, du thermomètre, de la balance, sur l'expression des yeux chez les aliénés, sur la coloration de la face, sur les signes fournis par le système dentaire, par les organes locomoteurs, sur l'appréciation des facultés intellectuelles, de la situation morale, sur la distinction à établir entre certains états physiologiques et la folie, etc.

La 4e leçon s'occupe de la définition de la folie et du vo-

cabulaire ou des dénominations qu'on a appliquées à cette maladie. Ici les intercalations ont été peu nombreuses. Quant à la classification des maladies mentales, Guislain, tout entier à son œuvre personnelle, avait négligé de s'occuper de ce que les autres avaient fait avant lui. J'ai cru utile de combler cette lacune en insérant quelques pages relatives aux classifications les plus en vogue dans la science.

Dans les 5e et 6e leçons, consacrées à la symptomatologie et à la marche de la mélancolie, j'ai introduit beaucoup de faits cliniques nouveaux, des considérations et des observations spéciales à propos de certains phénomènes et de certaines formes de phrénopathies. Je citerai entre autres quelques considérations sur le nervosisme, l'hypocondrie, la nostalgie, l'agoraphobie, la folie à double forme ou circulaire, puis d'autres remarques à propos de certains signes caractéristiques et de la marche de la folie, etc.

La symptomatologie de la manie, dont s'occupent les leçons 7, 8 et 9, a reçu également des additions nombreuses. Il en est de même pour les leçons suivantes, roulant sur les phénomènes observés dans la folie et le délire, la folie homicide, la démence, la paralysie générale. C'est, pour cette dernière surtout, que les interpolations ont été nombreuses; mais toutes cependant rentrent dans l'ordre d'idées de Guislain et ne font que confirmer les opinions qu'il avait émises. En somme, cette partie, comme d'ailleurs tout le reste de la symptomatologie, a été enrichie de données et de faits nouveaux, qui auront peut-être leur importance pour la science.

Dans la 15e et la 16e leçon, Guislain s'occupe surtout des lésions anatomiques découvertes dans le cerveau des alié-

nés. Ici, la moisson eût été abondante sans doute, quand même on n'aurait fait que glaner dans ce qui a été écrit à ce sujet depuis la première édition des leçons orales jusqu'à nos jours. Mais, d'un autre côté cependant, pour peu qu'on examine de près et qu'on fasse la somme des résultats réels et définitivement établis auxquels on est arrivé, l'on s'aperçoit bien vite que ceux-ci sont encore bien minimes, en dépit de la masse de matériaux accumulés. Guislain n'est pas encore si fortement distancé qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. J'ai donc pu me borner à indiquer les sources où l'on pourrait puiser des données nouvelles en même temps que j'annotais les progrès bien constatés depuis 1852. Quelques additions faites au chapitre des altérations trouvées dans des parties du corps autres que le cerveau et des lésions morbides spéciales à chaque forme de maladie mentale contribueront peut-être à ajouter un intérêt de plus à l'étude si consciencieuse que Guislain avait faite de la phénoménologie de la folie.

S'il est une partie de son livre que Guislain ait magistralement traitée, c'est bien celle de l'étiologie. Aussi, en dehors de quelques détails statistiques nouveaux, de quelques faits plus circonstanciés à propos des influences viscérales, j'ai eu peu de chose à ajouter aux leçons 18, 19, 20 et 21. Il en est encore de même des parties traitant de la pathogénèse de l'aliénation mentale. L'analyse si minutieuse, si fine, si exacte que Guislain a faite des phénomènes initiaux de la folie, l'a amené à cette conclusion définitivement établie : que généralement dans les maladies mentales une impression douloureuse a été portée sur le sens moral et que la folie est plutôt une lésion de sentiment qu'un trouble de la raison. C'est donc dans le domaine de la sensibilité

que se déclarent les premiers symptômes pathologiques. L'exposé si clair, si précis de la découverte de ce radical morbide, comme Guislain l'appelle, est traité dans la 22e leçon. Ces pages resteront un modèle achevé d'analyse et seront pour leur auteur un titre de gloire devant la postérité. Aussi n'y a-t-il pour ainsi dire rien à y ajouter, rien à y modifier. Si j'y ai fait quelques additions, c'est uniquement pour corroborer les opinions qui y sont émises.

Dans les leçons 23 et 24, où il s'agit du siège différentiel des maladies mentales, de leur nature intime, de leur transformation, quelques annotations ont été intercalées; elles sont relatives la plupart à des découvertes récentes sur les localisations cérébrales, sur la nature des lésions qui sont la cause prochaine de la maladie mentale.

Dans les leçons 25 et 26, qui s'occupent du pronostic des maladies mentales, des matériaux cliniques plus nombreux sont venus augmenter encore l'abondance déjà si grande de la première édition.

Le traitement médical proprement dit absorbe à lui seul les leçons 27 à 34 inclusivement. Sauf quelques médications nouvelles, comme l'emploi du chloral, du bromure de potassium, des injections médicamenteuses sous-cutanées, de l'éther, du chloroforme dans les diverses phrénopathies où l'usage de ces substances est légitimé, je n'ai la plupart du temps introduit dans ces leçons que des modifications d'importance secondaire.

Des détails techniques nombreux ont été ajoutés à la 35e et à la 36e leçon, à propos des constructions d'asiles.

Enfin, dans les dernières leçons, des données pratiques sur le service médical et administratif, sur la collocation des aliénés, mettront le lecteur au courant des modifica-

tions introduites dans le régime des aliénés en Belgique depuis la première édition de ce livre.

Quand j'aurai encore ajouté que la bibliographie a été soigneusement revue et considérablement augmentée dans toutes les parties de l'ouvrage, j'aurai succinctement indiqué, je pense, à peu près tout ce qu'il y a de nouveau dans cette seconde édition des leçons orales de Guislain sur les phrénopathies.

2. CONTRIBUTION à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet par la méthode antiseptique; par le dr A. FAUCON, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille.

§ I.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie de médecine de Belgique la relation de trois cas de kystes synoviaux de la main et du poignet, que j'ai traités par la méthode antiseptique, selon les règles tracées par Lister; j'ai pratiqué deux fois le drainage et une fois l'extirpation du kyste.

Ce sont là des opérations peu conseillées de nos jours, et même absolument condamnées par des chirurgiens recommandables. « Je les rejette d'une manière absolue », dit M. Gosselin, le doyen des professeurs de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris, en parlant de l'incision, du séton, et du drainage (1). La plupart des auteurs classiques sont de l'avis de cet éminent praticien. A vrai dire, les raisons à l'appui de cette opinion ne manquent pas; elles sont connues de longue date.

Il est inutile de retracer ici le tableau des calamités opératoires, qui, depuis Dupuytren jusqu'aujourd'hui, sont venues trop souvent décourager les chirurgiens dans leurs tentatives. Qui ne connaît ces accidents trop communs de suppurations profondes et diffuses, qui peuvent compromettre la vie des opérés ou amener l'impotence absolue d'un membre, jusqu'alors seulement gêné dans ses fonctions?

Mais, d'autre part, comment accepter de gaîté de cœur le

(1) GOSSELIN. *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1875; t. II, n° 593.

précepte de se borner à des moyens palliatifs, moins dangereux, il est vrai, mais que l'on sait à l'avance à peu près radicalement impuissants? « Je suis obligé de reconnaître, » dit encore, à ce sujet, le savant chirurgien de la Charité, » qu'ils donnent très rarement la guérison et qu'ils n'em- » pêchent pas l'hydropisie de persister ou de se reproduire. » C'est un malheur, sans doute, mais un malheur inévi- » table (1). »

Est-ce là le dernier mot de la chirurgie et faut-il s'en tenir à cet aveu d'impuissance déjà formulé par Dupuytren (2)?

C'est la question que j'ai portée en 1875 à la tribune de la Société de chirurgie de Paris (3). Déjà alors j'ai été heureux d'entendre M. A. Guérin, fort de sa grande expérience, préconiser une intervention chirurgicale active, à la condition de la faire suivre de l'application du pansement ouaté. Le refus de mes deux malades m'empêcha à cette époque de suivre le conseil de mon honorable collègue.

Mon intervention fut acceptée dans ces derniers temps et je me fais un devoir d'en publier les résultats.

A l'heure où nous sommes, alors que nous assistons, les uns comme acteurs, les autres comme témoins, plus qu'à une évolution, à une véritable révolution de la pratique chirurgicale, provoquée par l'emploi raisonné de la méthode antiseptique, nombre de questions vont être revisées : le traitement des kystes synoviaux tendineux est de celles-là.

Ceux qui ont foi en la méthode de Lister, ceux qui, en

(1) GOSSELIN. *loco citato*, p. 594.
(2) DUPUYTREN. *Leçons orales de clinique chirurgicale;* t. III, p. 45.
(3) *Bull. de la Société de chirurgie de Paris*, 1875, 3me série, t. III, p. 699 et suiv.

l'appliquant avec soin, sont à même d'en observer chaque jour les remarquables résultats, se croiront autorisés à expérimenter de nouveau des procédés qui semblaient condamnés. Nous pensons que la plupart deviendront désormais innocents ; qu'ils ne compromettront plus la vie des opérés ; qu'ils n'entraîneront plus ces graves accidents qui, à juste raison, ont tant effrayé Dupuytren et nombre de chirurgiens après lui. La méthode antiseptique nous apparaît comme une fée bienfaisante qui écarte les risques de mort et permet au chirurgien de se livrer à une paisible expérimentation. Cette appréciation pourra être taxée d'enthousiasme ; elle est le résultat de deux années d'expérience du pansement de Lister.

Si l'avenir répond aux espérances que nous fait concevoir le présent, les chirurgiens, continuant des essais dont l'occasion n'est pas très rare, arriveront rapidement à apprécier la valeur *intrinsèque* des procédés employés et à faire, dans les résultats, la part qui revient soit aux lésions de la gaine tendineuse elle-même, soit aux influences constitutionnelles ou diathésiques propres à l'opéré.

Tels sont les différents points de vue auxquels je me suis placé dans les réflexions qui accompagnent la relation des trois faits que j'adresse à l'Académie ; puisse l'exposé fidèle de ce que j'ai fait, de ce que j'ai observé et des résultats qui ont suivi mon intervention, attirer l'attention de la savante Compagnie sur une question réellement importante, et dont la solution pratique s'impose fréquemment aux chirurgiens.

§ II.

Drainage antiseptique des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet.

Chassaignac recommandait sa méthode de drainage pour les kystes séreux et synoviaux, mais je ne sache pas qu'il l'ait jamais appliquée aux kystes du poignet. Quant aux kystes hordéiformes, il les traitait par l'injection iodée, qu'il semble avoir le premier mise en usage contre cette affection (1).

Je n'ai pu me livrer à de bien minutieuses recherches sur la cure de ces tumeurs par le drainage, et les monographies que j'ai eues à ma disposition ne m'ont pas donné d'éléments utiles. S'il a été fait des essais dans cette voie, ils sont assurément peu nombreux, et cela s'explique par la réprobation qui s'attache à tout procédé capable d'occasionner l'inflammation suppurative de ces vastes gaînes tendineuses. Michon (2) et Legouest (3) avaient justement mis en relief dans leurs travaux les inconvénients et les dangers de semblables tentatives, et l'autorité de ces consciencieux chirurgiens faisait loi.

En général, on n'employait le drainage que lorsque, comme je l'ai vu, la suppuration du kyste se produisait soit spontanément, soit accidentellement.

Je dois pourtant rappeler ici les essais relativement récents de Demarquay; ils ont été consignés dans un article

(1) CHASSAIGNAC, *loco citato*, t. II, p. 174 et suiv.

(2) MICHON, *Des tumeurs synoviales de la partie inférieure de l'avant-bras*, etc. Thèse, (*Concours de clinique chirurgicale.*) Paris, 1851.

(3) LEGOUEST, *Des kystes synoviaux du poignet et de la main.* (Thèse), Paris, 1857.

de M. Schwartz publié par la *Gazette des hôpitaux* (1874) (1). Demarquay commençait par drainer le kyste ; il laissait la poche se vider peu à peu et, lorsque l'inflammation plastique résultant de l'ouverture du foyer s'était produite, c'est-à-dire au bout de huit à dix jours, il pratiquait une injection de teinture d'iode.

On peut à la rigueur, spécifie l'auteur de l'article, faire l'injection immédiatement après l'évacuation, si la collection est essentiellement séreuse, si les parois de la tumeur ne sont pas épaisses, rigides, riches en vaisseaux de nouvelle formation et facilement hémorrhagiques ; même dans ce cas il vaut mieux attendre.

Il faut, au contraire, s'abstenir de l'injection immédiate, si les parois du kyste sont très épaisses ; car Demarquay avait observé qu'en pareil cas, on s'expose à une inflammation violente avec abcès, à une suppuration abondante, quelquefois à la gangrène et même à des hémorrhagies, le tout pouvant se terminer par la mort.

Le drain, introduit à travers le foyer, est laissé pendant quinze à vingt jours ; il se forme autour de lui comme un trajet fibro-séreux qui se ferme rapidement dès qu'il est enlevé.

M. Schwartz rapportait à l'appui de cette pratique un cas de kyste hordéiforme du poignet ; malheureusement cette observation écourtée ne donne aucun détail sur le fonctionnement de la main et des doigts.

Elle témoigne seulement de l'innocuité du procédé.

Voilà ce que je savais du drainage employé pour la cure des kystes synoviaux du poignet, lorsque M. Michaux eut la bonté de me faire adresser un mémoire publié par M. De-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 722 et 747.

baisieux dans le *Journal des sciences médicales de Louvain* (1).

Ce travail, des plus intéressants, a trait au traitement des kystes synoviaux par la méthode de Lister; il renferme la description exacte du procédé de Lister et, rappelant un cas de succès publié par ce chirurgien, il donne la relation détaillée d'une opération heureuse, pratiquée par M. Michaux, en suivant les règles de la méthode antiseptique.

Le contenu du kyste évacué, on pratique le drainage avec des crins de cheval; on laisse ce drain en place un temps suffisant pour modifier la surface interne du kyste, sans en amener la suppuration, et on obtient la guérison en rétablissant la flexion et l'extension normales de chaque doigt pris isolément.

La publication de ces deux faits m'a paru de nature à encourager de nouveaux essais.

Je n'ai pas été aussi favorisé que MM. Lister et Michaux. Dans l'un de mes deux cas (kyste hordéiforme de la paume de la main et du poignet), j'ai obtenu la guérison du kyste; mais ce fut au prix d'une synovite suppurée, et je n'ai pu qu'améliorer la situation de mon opérée sans rétablir complètement les fonctions des doigts; dans le second (kyste séreux de même siège), l'opération fut remarquablement innocente, mais la récidive n'a pas tardé à se montrer. C'est donc la relation d'un résultat imparfait et d'un insuccès que je communique à l'Académie. J'ai cru en cela faire œuvre utile à la science et à la méthode antiseptique; on en pourra juger par l'analyse des faits.

(1) *Journal des sciences médicales de Louvain*, avril 1880, p. 145 et suiv.

Obs. I. — *Kyste hordéiforme de la main et du poignet; drainage antiseptique par les crins de cheval; synovite suppurée; guérison* (1).

La nommée Carmin, Justine, 50 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital, le 29 avril.

Cette femme, bien que d'une constitution chétive et souffreteuse, affirme n'avoir eu aucune maladie antérieure; elle dit s'*être donné*, il y a un an, en tordant du linge qu'elle lessivait, *un effort* dans le poignet droit : il se produisit, sur le moment, une assez vive douleur, qui se calma bientôt pour être remplacée par une simple gêne des mouvements du poignet et des doigts. Cette gêne, peu considérable d'ailleurs, dura pendant six mois environ, sans que la malade s'en préoccupât sérieusement, puisqu'elle ne l'empêchait pas de continuer son travail.

Au bout de six mois apparut sur la face antérieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessus du poignet et plus en dedans qu'en dehors, une première tumeur, indolore par elle-même, mais gênant de plus en plus les mouvements. Cette tumeur alla se développant lentement.

Il y a trois mois, une deuxième tumeur apparut à la partie supérieure de la paume de la main; et alors la malade consulta un médecin, qui prescrivit l'application d'une pommade et le repos du membre. La malade ne suivit pas ce traitement et continua à travailler autant qu'elle le pût.

Il y a trois semaines, la gêne des mouvements augmenta considérablement et se compliqua de douleurs; à partir de ce moment les deux tumeurs se développèrent plus rapidement; les douleurs et la gêne des mouvements devinrent

(1) Recueillie par M. Brunet, interne du service.

bientôt telles que la malade, obligée de suspendre tout travail, se décida à entrer à l'hôpital.

Au moment de son entrée, voici ce que nous constatons : à la face antérieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessus du poignet, plus en dedans qu'en dehors, on trouve une tumeur globuleuse, un peu allongée selon l'axe du membre, bien circonscrite en bas et se perdant avec les tissus voisins en haut et en dehors; à son niveau pas de changement de coloration de la peau; cette tumeur est mollasse et d'une fluctuation obscure; elle paraît implantée sur l'avant-bras, par une surface mesurant 6 centimètres de longueur sur quatre de largeur.

A la partie supérieure de la paume de la main, entre les deux éminences thénar et hypothénar existe une deuxième tumeur; en hauteur, elle a approximativement le volume d'une noix. Moins molle que la première, elle est pourtant, comme elle, légèrement fluctuante. La peau à son niveau est un peu rouge. Lorsque le bras est au repos, ces deux tumeurs sont presque indolores; elles sont, au contraire, le siége de douleurs lorsque la malade imprime des mouvements soit au poignet, soit aux doigts. La palpation provoque également de la douleur; elle révèle, dans les deux tumeurs, mais surtout dans celle de la paume de la main, la crépitation de chaînon de Dupuytren. D'une tumeur à l'autre, on constate une fluctuation évidente. En pressant sur la tumeur inférieure, on en fait refluer le contenu dans la supérieure. Les mouvements d'extension des doigts se font complètement; ils sont pourtant gênés; quant aux mouvements de flexion, ils ne se font que dans leur première moitié. Le pouce paraît se mouvoir plus facilement que les autres doigts. Il y a une différence de

3 centimètres entre la circonférence des deux avant-bras, au niveau du kyste.

La malade étant chloroformée, M. Faucon procède à l'opération suivante : sur la partie médiane de la tumeur de l'avant-bras, incision longitudinale de 3 centimètres environ, division couche par couche des tissus, jusqu'aux parois du kyste qui est ouvert; ces parois sont remarquablement épaisses et recouvertes d'une substance grisâtre à petites saillies verruqueuses fortement adhérentes. Une sonde cannelée, légèrement recourbée, est introduite dans le kyste et poussée sous le ligament annulaire du carpe; elle vient faire saillie dans la paume de la main, à la partie inférieure de la tumeur. M. Faucon prend soin de pousser le bout de la sonde le plus près possible de la surface de la peau et, après avoir constaté qu'il est au moins à un centimètre au-dessus du sommet de l'arcade superficielle, il pratique une incision d'un demi-centimètre qu'il dilate avec les mors d'une pince hémostatique. La pression du kyste fait sortir par les deux ouvertures un certain nombre de grains riziformes, mais très peu de liquide. La tumeur de la paume de la main s'affaisse notablement après cette expression; celle de l'avant-bras ne paraît pas diminuer de volume.

Cela fait, on passe dans le kyste un drain, composé de 30 à 40 crins de cheval, bien dégraissés et ayant séjourné 48 heures dans une solution concentrée d'acide phénique; on noue en dehors les deux extrémités du drain pour l'empêcher de sortir du trajet.

L'opération se fait sous le spray et sans hémorrhagie. On applique le pansement de Lister sur la main et tout l'avant-bras. Le membre est ensuite appliqué sur une attelle et

maintenu dans une position relevée. Du 8 au 14, l'état général et local fut très satisfaisant; pas de rougeur ni d'empâtement; bon appétit et bon sommeil; température oscillant entre 37°,2 et 38°,2; pouls de 80 à 84 pulsations. On pansait quotidiennement la plaie qui, les deux premiers jours, avait donné en assez grande abondance un suintement séreux, un peu rouge. Une légère pression faisait sortir tous les matins par la plaie inférieure une sorte de détritus grisâtre, au milieu duquel on trouva, le 11, un grain riziforme. En même temps, la tumeur de l'avant-bras devenait de plus en plus molle.

A dater du 14, il y eut un mouvement fébrile un peu plus prononcé, la température s'élevait le soir à 38°, 6, 38° 7, 38° 8 même. Puis il sortit des matières grisâtres, grumeleuses par la plaie de la main ; examinées au microscope, au lit du malade, nous y avons trouvé des globules de pus et de sang. En se ramollissant, le kyste diminuait peu à peu.

La malade ne souffrait pas, semblait ne pas s'apercevoir de la réaction fébrile et continuait à manger comme d'habitude.

Le 24 mai, on vit sortir, par la plaie de la main, quelques filaments blanchâtres, qui parurent provenir d'un tendon ou d'un ligament en voie de dissociation.

Les petits mouvements que la malade imprime à ses doigts au moment des pansements sont indolores.

Le 27, en faisant le pansement du matin, on constate un peu de rétention, au côté externe de la paume de la main, d'une cuillerée à café environ de pus, il n'en existe nulle part ailleurs.

28 mai. — Hier dans l'après-midi, la malade a été prise

de fièvre et de frissons, en même temps, elle accuse de la céphalalgie, de la douleur dans la main et l'avant-bras. La température à 5 heures marquait 40° 2, et le pouls était à 120 pulsations.

Ce matin, ces symptômes se sont amendés, mais la malade continue à souffrir de la main.

En enlevant le pansement, on trouve une suppuration plus abondante que précédemment. La main est tuméfiée et il y a en dessous de l'éminence thénar une rétention de pus plus considérable que la veille. On enlève la mèche de crins et l'on fait passer, à l'aide du trocart courbe de Chassaignac, un drain de moyen calibre, allant de l'orifice supérieur à la paume de la main. L'orifice de sortie du tube se trouve à la partie moyenne de la ligne verticale qui prolongerait sur la main l'interstice de l'index et du médius. L'eau phéniquée qu'on injecte dans le tube sort facilement par les deux orifices et par celui qui se trouve à la partie supérieure de la paume de la main et qui livrait passage à l'extrémité supérieure de la mèche de crins.

On fait très complètement le lavage phéniqué du membre qu'on enveloppe d'un pansement de Lister, depuis la partie inférieure du bras.

Traitement : Vin de quinquina. Bouillon. Potages, un œuf et cinq pilules de quinine.

29 mai. — Hier la fièvre a encore été assez forte. La malade a accusé une sensation de froid dans le dos. La langue pourtant est bonne et les douleurs sont peu considérables.

En enlevant le pansement ce matin, on trouve une suppuration très abondante. Le pus a une couleur gris noirâtre. Le membre est tuméfié très fortement à peu près

jusqu'au coude. La peau néanmoins n'est pas rouge.

A la paume de la main, il n'y a pas de rétention purulente, mais à l'avant-bras, la pression sur le bord externe fait sortir par l'ouverture supérieure une grande quantité de pus. Un stylet introduit par cette ouverture remonte très haut dans l'avant-bras. On passe à l'aide du trocart de Chassaignac un tube à drainage qui, pénétrant par l'orifice palmaire du kyste, remonte jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras.

La pression du membre fait sortir par les quatre ouvertures cutanées un pus gris-noirâtre.

Injections et lavages phéniqués. Pansement de Lister fait comme il suit : de chaque côté du trajet des drains, on applique des tampons de gaze phéniquée, qu'on maintient à l'aide de petites bandes placées circulairement. Par-dessus, on met un large morceau de gaze phéniquée, qui enveloppe tout le membre, etc.

Dans la journée, on donne 5 pilules de quinine; alimentation comme hier.

30 Mai. — La malade se trouve mieux ; il n'y a presque plus de pus dans le pansement et l'on ne trouve plus de rétention, si ce n'est à la paume de la main. L'avant-bras est beaucoup moins tuméfié que les jours précédents. La main l'est encore beaucoup.

Lavages et injections phéniquées. Pansement de Lister comme hier. — Même traitement. A l'alimentation, on ajoute une côtelette.

31 mai. — La malade va très bien; elle n'accuse plus de douleur du côté du poignet; le pus sort facilement; il n'y a plus de rétention.

A dater de ce moment, tous les accidents s'amendent, la

suppuration diminue, la fièvre tombe ; dès le 18 juin, on ne trouve plus que quelques gouttes de pus dans le pansement et la pression exercée sur le trajet du kyste et des abcès ne fait plus sortir de liquide par les orifices fistuleux.

On constate ce jour là, au niveau du pli radio-carpien, une fistule à aspect fongueux.

Le 20 juillet, on trouve au niveau de l'olécrâne une petite escarre superficielle produite par la pression de la palette.

Le 23, on enlève les deux tubes et on établit une légère compression sur leur trajet, avec de petites compresses de gaze phéniquée.

Le 20, la cicatrisation est complète.

Le 26, l'opérée demande son exeat. Les mouvements du poignet sont faciles dans toute leur étendue. Le mouvement d'extension des doigts est complet ; mais la flexion est encore bornée et ne peut se faire qu'à demi.

Elle revient à la consultation le 31. Les plaies sont restées cicatrisées ; les mouvements de flexion des doigts restent les mêmes ; quand la malade les produit, la cicatrice de la paume de la main, résultat de l'opération, se creuse en fossette ; celle de l'avant-bras est adhérente aux fléchisseurs, qui l'entraînent dans leurs mouvements. Néanmoins, elle a repris sa profession de balayeuse des rues et peut aujourd'hui gagner sa vie, ce qui ne lui était plus possible avant l'opération (1).

De l'analyse de cette observation se dégagent de précieux enseignements. Si tous les kystes synoviaux tendineux se ressemblaient, il est probable que la même méthode de traitement donnerait des résultats identiques. Il n'en est

(1) Elle a été revue dans le même état satisfaisant, au mois de mars 1881.

pas ainsi, par malheur. Les suites des opérations varient selon la nature des kystes et la structure anatomique de leurs parois. Ceux-là sont susceptibles d'une guérison rapide dans lesquels, après l'évacuation des corpuscules riziformes, la paroi peu épaissie s'affaisse et la tumeur disparaît. C'est ainsi que M. Michaux a pu rétablir « l'intégrité » des mouvements de la main et même de chaque doigt » isolément. » L'irritation légère, produite par les crins de cheval, n'est pas de nature à provoquer la suppuration du kyste, alors qu'il ne reste plus de corps étrangers adhérents à mobiliser et à éliminer. Il est probable qu'elle suffit également à prévenir toute chance de récidive. Ce dernier point est pourtant à réserver : car j'ai trouvé, dans les thèses de Michon et de Legouest, des cas de récidive après l'emploi du séton et alors même que ce dernier avait amené une inflammation formidable avec menace de gangrène. Dans les cas, au contraire, où les parois du kyste présentent une épaisseur considérable, comme chez mon opérée, il faut bien savoir que, même avec le pansement de Lister, l'élimination des produits néoplasiques ne pourra pas toujours se faire sans inflammation suppurative. Mais alors ce n'est pas la méthode qu'il faut incriminer, c'est la lésion elle-même qui est la cause de la suppuration; c'est elle seule qui, une fois l'opération entreprise, doit en assumer la responsabilité.

Même dans ces cas défavorables, le résultat définitif plaide en faveur de la méthode antiseptique. Grâce au pansement de Lister, par des contre-ouvertures faites en temps opportun, par un drainage suffisant, par un lavage minutieux des foyers et diverticules purulents, par une position convenable de la main et des doigts, on évite la septicité

des plaies, on prévient la diffusion de la suppuration, on circonscrit le travail inflammatoire, on empêche la septicémie, l'infection purulente et l'infection putride, on s'oppose à l'adhérence de la gaîne aux tendons et, en fin de compte, on n'a à redouter ni la mort de l'opéré, ni l'infirmité de la main en griffe, qui empire la situation du malade et fait le désespoir du chirurgien.

Il suffit de comparer ce résultat aux terminaisons habituelles des synovites suppurées, qui entrent dans les services de chirurgie sans avoir été soignées par la méthode en question, pour en apprécier les avantages. C'est une comparaison que, grâce à une de ces coïncidences qui ne sont pas rares dans les salles des hôpitaux, j'ai pu faire devant les élèves de la clinique, et je regrette aujourd'hui de n'avoir pas fait exécuter le moulage en plâtre de ces deux membres, qui avaient été le siége de la même complication chirurgicale, avec des résultats si différents.

Malheureusement, lorsqu'on se place au point de vue des indications opératoires, il me paraît difficile de distinguer à l'avance avec certitude les kystes dont les parois épaissies, infiltrées de corpuscules non encore libérés, exposent à la suppuration, de ceux, qui, pour me servir d'une expression vulgaire, sont suffisamment *mûrs*. Il y a sur ce point des recherches à faire et des lacunes à combler.

Retenons seulement que le drainage antiseptique, loin d'aggraver la situation de notre opérée, l'a sensiblement améliorée, et lui a assuré de grandes chances contre la récidive, alors que la marche fatale de la maladie eût infailliblement amené l'impotence du membre dans un laps de temps plus ou moins rapproché. Nous aurions pu craindre, en raison de la constitution débile de la patiente, la persis-

tance des orifices ou la dégénérescence fongueuse des trajets fistuleux ; ni l'une ni l'autre de ces complications ne s'est présentée.

Obs. II. *Kyste synovial tendineux de la paume de la main et du poignet à contenu séreux ; drainage antiseptique ; pas d'accidents ; récidive* (1).

Zèbre, Adéline, 47 ans, lessiveuse, maigre, de petite taille et anémique, n'accusant pourtant aucune maladie antérieure grave, entre à Ste-Eugénie le 17 mai 1880.

Elle s'est fait soigner, il y a deux ans, dans les hôpitaux de Lille, pour un gonflement douloureux de la main et du poignet. On lui appliqua *loco dolenti* vingt-deux sangsues, des frictions mercurielles et des cataplasmes. Elle sortit au bout de deux mois ; les douleurs avaient disparu, mais les mouvements de la main étaient restés notablement diminués ; elle essaya de reprendre son travail et les douleurs reparurent.

Depuis lors, elle vit son affection s'accroître de plus en plus ; elle fit de fréquents séjours dans les hôpitaux, où elle subit des traitements divers ; elle paraît, entre autres choses, avoir été soumise à des essais d'ignipuncture. Les douleurs diminuaient pendant qu'elle se trouvait en traitement, pour se reproduire immédiatement après la sortie de l'hôpital.

Aujourd'hui, 17 mai, elle nous déclare ne pouvoir se livrer à aucun travail et ressentir dans le poignet des élancements douloureux qui s'exaspèrent par les mouvements des doigts. Ces douleurs empêchent même le sommeil ; elle est obligée, pour s'endormir, de tenir la main hors du lit et élevée au dessus de la tête.

(1) Recueillie par M. Brunet, interne du service.

On constate deux tumeurs, l'une, à la paume de la main, entre les éminences thénar et hypothénar, descendant à quatre centimètres de l'interligne radio-carpien ; l'autre, au-dessus du poignet. Ces tumeurs sont douloureuses à la palpation ; la fluctuation est imperceptible dans la première, obscure dans la seconde ; on la constate, lorsqu'on fait refluer le contenu de l'une dans l'autre ; on croit même percevoir une sensation obscure de crépitation.

Le poignet ne se fléchit qu'incomplètement et avec douleur ; la flexion des doigts ne se fait d'une manière générale que dans un tiers de son étendue normale. Les troisièmes phalanges ne peuvent absolument plus se fléchir sur les secondes. Les plis cutanés des faces dorsales et palmaires sont presque complètement effacés.

Le pouce fait exception : il se fléchit à peu près normalement et, parmi les autres doigts, c'est le médius dont les mouvements sont le plus bornés. La malade prétend que ce fait résulte d'une pointe de feu qui lui aurait été autrefois appliquée profondément et qui aurait lésé le *nerf* de ce doigt.

On propose l'opération du drainage, qui est acceptée sans hésitation.

En raison de l'aspect souffreteux de la malade, on avait au préalable pratiqué l'examen des urines, qui n'avait rien décelé d'anormal. L'opération fut de tout point exécutée comme dans le cas précédent ; il ne s'écoula du kyste qu'une certaine quantité de liquide séreux.

Cette opération ne fut suivie d'aucune réaction, ni locale, ni générale, ainsi qu'on peut le constater par le tracé annexé à l'observation ; la température resta *absolument* normale, ainsi que l'état du pouls.

Du côté de la plaie, on observa pendant deux jours un écoulement assez abondant de sérosité sanguinolente ; cette sécrétion se tarit bientôt et, le 25 mai, on ne trouvait plus dans le pansement que quelques gouttelettes de pus provenant de la surface de la plaie de l'avant-bras. A dater de ce moment, on retira chaque jour quelques crins; les derniers furent extraits le 30. Depuis cinq jours, le kyste, complètement affaissé, ne laissait plus échapper aucun suintement de sa cavité.

Le 11 juin, la cicatrisation des deux orifices était complète; la guérison semblait assurée.

On sentait seulement, au niveau de la cicatrice de l'avant-bras, un petit noyau induré, sous forme de plaque, qui adhérait profondément aux tendons fléchisseurs, spécialement à celui de l'index, et qui en suivait les mouvements.

Cette malade resta dans le service jusqu'au 6 juillet. A sa sortie, le poignet se fléchissait facilement; la flexion des doigts s'était considérablement accrue et les mouvements étaient devenus plus aisés pour tous les doigts également. Pourtant nous la vîmes s'éloigner avec quelque appréhension, parce qu'à cette époque une palpation attentive nous fit découvrir profondément dans le poignet une sorte d'empâtement de mauvais augure.

L'interne du service a retrouvé l'opérée dans le courant d'octobre; les tumeurs synoviales ont reparu et, bien que la gêne des mouvements ne soit pas encore aussi accentuée qu'avant l'opération, elle tend à s'aggraver de jour en jour.

Que conclure de là?

Il ne faut pas oublier qu'en pareil cas le chirurgien louvoie entre deux écueils. S'il doit chercher à éviter l'inflam-

mation suppurative, il doit aussi obtenir une modification des parois suffisante pour empêcher le retour de l'hydropisie.

Chez notre opérée, le drainage a été remarquablement bénin. Je n'ignore pas qu'à côté de kystes très irritables et qui deviennent facilement le siège de violentes inflammations, il en est d'autres qui supportent outre mesure l'action de traumatismes répétés, témoin ce cas rapporté par Michon (1), dans lequel cinq incisions et cinq sétons furent insuffisants pour amener la suppuration. Je n'ignore pas non plus que, s'il est des individus qui font du pus sous le moindre prétexte, il en est d'autres qui sont presque réfractaires à la suppuration; et l'on est toujours en droit de se demander si l'on n'a pas eu affaire à l'un de ces cas exceptionnels.

Je reconnais encore qu'il n'y a pas que la méthode de Lister qui puisse mettre à l'abri des accidents inflammatoires dans le traitement des kystes synoviaux.

Pour cette opération, comme pour bien d'autres, la question du milieu est un des facteurs les plus importants. Nul doute que, pratiqué dans une atmosphère salubre, le drainage puisse, sans antiseptie, donner de bons résultats. J'en ai eu récemment la preuve. Me trouvant en consultation à Barlin, village du Pas-de-Calais, le confrère qui m'avait appelé, M. Legrand, me fit voir incidemment le sujet de l'observation suivante qu'il a bien voulu me communiquer.

(1) MICHON. *Loco citato*, p. 134.

Obs. III. — *Kyste hordéiforme de la main et du poignet; ponction; injection iodée; drainage par les fils de lin; guérison.*

« Le malade que j'ai opéré, il y a trois ans environ, d'un kyste synovial du poignet et de la main, Aristide Br..., est un jeune homme de 18 ans, de constitution débile. Depuis l'âge de 7 ans, il est porteur d'une coxalgie avec carie de la tête du fémur et abcès fréquents; c'est du reste héréditaire dans sa famille. Il fut pris, il y a quatre ans environ d'une gêne subite, avec douleur légère au niveau de l'articulation du poignet s'étendant jusqu'à l'extrémité des doigts; il attribuait cela à ce qu'un camarade, en jouant, lui avait renversé la main. La douleur disparut bientôt, mais la gêne ne fit que s'accroître. Lorsque je vis le malade, je constatai l'existence d'un kyste en bissac des régions palmaire de la main et antérieure de l'avant-bras. Je conseillai la compression, comme moyen curatif peu dangereux. Quelques mois plus tard, malgré une compression exercée soigneusement, le kyste n'avait fait qu'augmenter et le malade se plaignait qu'il ne pouvait plus étendre ni fermer complètement les doigts, surtout le petit doigt, l'annulaire et le médius. Malgré ses instances, je temporisai encore quelque temps; enfin, après un an, il voulut à tout prix en être débarrassé. Ayant lu combien réussissaient peu les injections iodées, je me déterminai à employer un moyen plus énergique. J'avertis les parents du danger de l'opération, je fis une incision sur la tumeur du poignet et une seconde à la région palmaire; j'évacuai, par la pression, un liquide albumineux à grains riziformes nombreux. Je fis une injection avec une solution d'iodure de potassium additionnée

d'un dixième de teinture d'iode pour entraîner ce qui pouvait rester du liquide du kyste, puis, à l'aide du stylet aiguillé, je passai d'une ouverture à l'autre quelques brins de fils de lin et je soumis mon malade à l'irrigation continue. Le lendemain soir, j'enlevai les fils, après avoir constaté l'apparition d'une légère inflammation, et fis continuer l'irrigation continue. Le malade prit cinq décigrammes du sulfate de quinine le soir, pendant plusieurs jours. Au bout de quinze jours, la plaie était guérie presque sans suppuration. Les mouvements des doigts ne tardèrent pas à reparaître. Je ne me rappelle plus au juste le nombre de jours, que j'estime de 35 à 40, et depuis lors la guérison s'est maintenue. Les mouvements sont *tout à fait rétablis*; le malade exerce aujourd'hui la profession de cordonnier. Tout s'est passé le plus simplement du monde, au point que les parents croyaient, après coup, que c'était pour plaisanter que je leur avais dit que l'opération était dangereuse. »

Ce sont là de ces cas exceptionnels, comme on en voyait quelquefois en suivant les anciens errements, et qui, se présentant au milieu des conditions favorables de la pratique du médecin de campagne, ne sauraient servir de règle dans la pratique des hôpitaux même les plus salubres. Mais ils deviendront la règle avec la nouvelle méthode. Il nous paraît en effet légitime d'admettre, en attendant la sanction de l'expérience, qu'il en sera du traitement des kystes synoviaux comme il en a été d'une foule d'autres affections chirurgicales. Pour prendre un exemple qui se rapproche des faits que nous étudions, l'arthrotomie, même pour les grandes articulations, n'est-elle pas devenue remarquablement innocente, eu égard à ce qu'elle était autrefois, depuis qu'on la pratique par la méthode antiseptique? Serait

t-il plus dangereux d'ouvrir un kyste synovial qu'un genou hydarthrosé? Je ne puis le croire.

Quant à la *valeur curative* des procédés employés, elle reste à déterminer.

Mon opérée, qui était partie joyeuse de l'hôpital, a vu peu à peu l'affection récidiver et, six mois après l'opération, elle se trouve à peu près dans le même état qu'avant. Suis-je autorisé à mettre cet échec au passif du drainage?

Je dois inférer de là, et rien autre chose, que l'ablation du drain au 10e jour, alors même que, comme le recommande Lister, tout suintement a complètement cessé depuis plusieurs jours, est chose prématurée. J'aurais peut-être obtenu un succès définitif si j'avais laissé séjourner plus longtemps les crins à travers le kyste.

Mais j'étais sous l'influence du cas précédent et aussi sous l'influence de la lecture du mémoire de M. Debaisieux. M. Michaux qui avait laissé ses crins près d'un mois dans la plaie, avait observé l'apparition d'une petite tumeur fongueuse au bord cubital du poignet et l'avait attribuée au contact prolongé des corps étrangers. Comme la constitution de ma seconde malade était aussi chétive et son état général aussi mauvais que ceux de la première, j'ai cru devoir me hâter; je me suis probablement trop hâté.

Il y a là un moyen terme à trouver, et c'est à l'expérience à l'indiquer.

C'est en étudiant attentivement chacun des faits observés que nous pourrons arriver à déterminer non seulement l'influence, sur le résultat du traitement, des conditions spéciales aux kystes ou à l'état de santé des opérés, mais encore les précautions à prendre et les fautes à éviter dans l'application des divers procédés.

§ III.

Extirpation antiseptique des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet.

Malgré ma confiance en la méthode antiseptique, je n'oserais pas pour le moment recourir à l'extirpation des kystes de la face palmaire de la main et du poignet. La constitution anatomique des parties rendrait l'opération délicate, et la réunion par première intention d'une plaie anfractueuse, au fond d'une gouttière ostéo-fibreuse rigide, serait peut-être difficile à obtenir dans tous les cas. Il en est tout autrement des kystes de la face dorsale, dont l'énucléation est des plus aisées et la guérison des plus rapides; l'observation suivante en est la preuve.

Obs. IV. *Kyste synovial tendineux du dos de la main; extirpation; guérison.*

Arthur Delevoix, 10 ans 1/2, présente une tumeur de la face dorsale de la main droite, datant de quatre à cinq mois. On ignore comment elle s'est produite.

Cette tumeur, du volume et de la forme d'une grosse amande, siége à quelques centimètres au-dessous du poignet, sur l'axe médian du dos de la main, et est si adhérente aux tendons extenseurs qu'elle suit leurs mouvements. Elle siége exactement au point où les tendons se séparent pour se rendre à leur doigt respectif. Elle est indolente, mobile, sans coloration anormale de la peau et tellement résistante que, sans une ponction exploratrice, il me serait difficile d'affirmer qu'elle n'est pas formée par un tissu solide. Elle rend les mouvements des doigts pénibles et parfois douloureux.

Décidé à en opérer l'extirpation, je la mets à nu, au commencement de mai 1880, par une incision de trois centimètres et en pratique l'énucléation. En la saisissant alors avec une pince à griffes pour en disséquer le pédicule, je vois sortir par les petits orifices que produisent les dents de la pince une petite quantité de liquide épais, analogue à de la gelée de pommes.

Je donne issue au contenu du liquide et, en quelques coups de bistouri, je détache des tendons qui restent dénudés les parois peu épaisses de la tumeur.

Je lave avec une solution phéniquée au 1/200e, je réunis la plaie avec trois fines sutures métalliques et applique le pansement de Lister.

La main est mise en écharpe et l'enfant continue son genre de vie habituelle.

Au troisième pansement, le 6e jour, j'enlève les points de suture. La cicatrisation est parfaite aussi bien que les mouvements des doigts. Il ne s'est produit aucun suintement ni aucune inflammation. Je recouvre la cicatrice de collodion riciné et je recommande aux parents de l'enfant de laisser encore pendant huit jours la main en écharpe.

J'ai revu mon petit opéré le 15 novembre : il reste complètement guéri sans autres traces de l'affection qu'une petite cicatrice linéaire, non adhérente aux tendons.

L'extirpation antiseptique des kystes dorsaux de petit et de moyen volume, ceux qui atteignent, par exemple, la grosseur d'une amande, d'une bille, d'un œuf de pigeon, est une opération facile, innocente et radicale. Elle est d'autant plus à conseiller que l'accroissement de ces tumeurs, l'épaississement de leurs parois, leur transformation en kystes hordéiformes laissent peu de chances à l'opé-

ration si l'on tarde de les enlever. Ma communication de 1875 à la Société de chirurgie de Paris avait particulièrement pour objet les kystes du dos de la main et du poignet. A cette occasion, M. Boinet fit le récit de deux cas qu'il avait traités par l'injection iodée. L'extirpation est plus simple; elle amène une guérison plus certaine et plus rapide et prévient à peu près absolument les chances de récidive.

S'il s'agissait de kystes plus volumineux, on aurait à choisir entre l'incision, l'excision et le drainage antiseptique, avant de recourir à l'ablation. N'ayant pas de faits personnels à invoquer sur ce point, je me borne à cette simple indication.

§ IV

Conclusions.

Les observations que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie et celles auxquelles j'ai fait allusion dans ce travail ne sont pas assez nombreuses pour autoriser des préceptes absolus; néanmoins les conclusions qui en découlent sont favorables à l'idée d'une intervention chirurgicale active dans les cas de kystes synoviaux tendineux, sous le couvert de la méthode antiseptique; elles autorisent à protester contre une sorte d'abdication généralement admise.

Tous les faits témoignent de l'innocuité, au point de vue de la léthalité, du drainage dans le traitement des kystes *palmaires;* la plupart plaident en faveur de son efficacité.

La suppuration de la gaine tendineuse ne pourra pas toujours être évitée dans les tumeurs à parois épaisses; mais ma première observation prouve que ce processus

n'est pas un obstacle absolu à la guérison des malades.

La récidive peut se montrer à la suite du drainage, lorsqu'il ne reste pas à demeure un temps suffisant; la dégénérescence fongueuse pourrait être à redouter pour les cas où son emploi est trop longtemps prolongé (1). C'est à l'expérience ultérieure à déterminer la mesure à observer dans l'usage de ce moyen.

L'extirpation antiseptique des kystes *dorsaux* de petit et de moyen volume est une opération innocente et radicale.

La question reste toute entière à étudier pour les kystes volumineux.

§ V

Depuis que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie mon mémoire sur le traitement des kystes synoviaux de la main et du poignet par la méthode antiseptique, j'ai eu la bonne fortune de retrouver une nouvelle observation qui vient à l'appui de la thèse que j'ai défendue (2).

Ce fait important, dû à M. le professeur Verneuil, se trouve consigné dans la thèse de doctorat de M. J.-B. Godemel : *Traitement des kystes synoviaux tendineux à grains riziformes du poignet.* (Paris, 1878, n° 476, p. 50 et suiv.) En voici le résumé :

X., 38 ans, garçon boucher, arthritique, forte constitution, entré à la Pitié le 17 mars 1878, salle St-Louis, n° 45.

Diagnotic. Kyste synovial en bissac du poignet, dont l'origine remonte à trois ans. Crépitation spéciale décelant la nature du contenu.

(1) Voir le *mémoire cité* de M. le dr Debaisieux.

(2) La 1re partie du mémoire a été adressée à l'académie le 27 novembre 1880; le cas suivant lui a été soumis le 11 janvier 1881.

Opération le 22 mars : incision à l'avant-bras, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques; spray de vapeurs de thymol; établissement d'un drain en caoutchouc de l'avant-bras à la paume de la main; application de tarlatane thymolée sur les plaies et d'un appareil ouaté sur tout le membre.

Légère réaction fébrile le 23. Température, matin 38°2; midi 38°; soir 37°8.

Pas de fièvre jusqu'au 5 avril, jour où l'on enlève le premier pansement. A l'examen, deux cuillerées à bouche environ d'un pus très épais, jaune verdâtre, sans odeur. Le pansement est pratiqué au milieu des pulvérisations de vapeurs de thymol; on enlève le drain, fortement serré par des bourgeons charnus.

Pas de réaction fébrile ni locale consécutive. Second pansement le 20. Les plaies sont très rétrécies. A dater de ce moment pansements tous les jours au thymol.

Le 2 mai, la plaie de la paume de la main est cicatrisée; l'oblitération de celle de l'avant-bras est complète le 14.

Le 14, on constate qu'au niveau de la paume de la main « les vestiges du kyste forment encore une tumeur assez notable, mollasse, sans fluctuation. »

Il persiste une assez grande gêne dans les mouvements des doigts.

Cette observation laisse un désideratum : la guérison est-elle définitive? L'observation nous apprend, il est vrai, que *quelque temps* après sa sortie de l'hôpital le malade a reparu à la consultation et que, les mouvements étant parfaitement revenus, il pouvait aisément se servir de la main.

Mais, au point de vue de la cure radicale, des nouvelles

plus récentes eussent été désirables en raison de la tumeur palmaire.

En tout cas, c'est là un nouveau fait à l'appui du drainage antiseptique, pratiqué cette fois par le tube de Chassaignac ; il n'est pas de nature à modifier mes conclusions.

Nota : Depuis que ce mémoire a été soumis au jugement de l'Académie, j'ai retrouvé une observation, suivie de succès, due à M. Daniel Mollière (de Lyon) ; j'aurai l'occasion d'y revenir en adressant à la savante Compagnie la relation de nouvelles opérations que j'ai pratiquées encore cette année (mai 1881).

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

BARÉTY (A.). De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire ; précédé de l'étude topographique des ganglions trachéo-bronchiques. Paris, 1875 ; vol. 8°.

BARKER (F.). The puerperal diseases. — Clinical lectures delivered at Bellevue Hospital. New York, 1879; vol. 8°.

BELVAL (T.). Rapport annuel sur les travaux de la Commission centrale des Comités de salubrité de l'agglomération bruxelloise, pendant l'année 1880, présenté dans la séance du 13 janvier 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

BOËNS H.). Memoria contra la vacuna obligatoria ; version espanola, por d. Rafael Fernandez Esnaola. Madrid, 1881 ; 8°.

BORNER (P.). Du magnétisme animal et de l'hypnotisme ; traduit par le docteur Wehenkel. Bruxelles, 1881 ; 8°.

CONSEILS PROVINCIAUX DE BELGIQUE. — Procès-verbaux des séances. — Session de 1880. 10 volumes in-8°.

DEROUBAIX (L.). Traité des fistules uro-génitales de la femme, comprenant les fistules vésico-vaginales, vésicales cervico-vaginales, uréthro-vaginales, vésicales cervico-utérines, vésico-utérines, urétéro-vaginales et urétérales cervico-utérines. Bruxelles, 1870 ; vol. 8°.

— OEuvres chirurgicales. vol. 8°.

— OEuvres diverses (Hygiène, enseignement supérieur, etc.). Vol. 8°.

DESCAMPS (E.). Quelques considérations sur la pathogénie du rhumatisme, à propos du travail du dr Vovard, de Bordeaux : *Du rhumatisme*. Anvers, 1881 ; 8°.

— Traitement local de l'angine diphthéritique. Anvers, 1881 ; 8°.

ERCOLANI (G.-B.). Dell' adattamento della specie all' ambiente. — Nuove ricerche sulla storia genetica dei trematodi. Bologna, 1881 ; vol. 4°.

FINKELNBURG. — Ueber die Aufgaben des Staates zur Bekæmpfung der Trunksucht. Magdeburg, 1881 ; 8°.

JANSEN (A.). Étude sur les moyens de prévenir et de combattre l'abus des boissons alcooliques dans les armées, et spécialement dans l'armée belge. Paris, 1881 ; 8°.

LA TEMPÉRANCE. — Bulletin de la Société française de tempérance; association contre l'abus des boissons alcooliques. Année 1881; n° 1. Paris; 8°.

MALLET (A.). Étude sur la médication lactée médicinale. — Du lait phosphaté. Nice 1881; 8°.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Bulletin. 2e partie de 1880 et n° 1 de 1881. Bruxelles, 1881; 2 vol. 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Annuaire statistique de la Belgique. Année 1880. Bruxelles, 1881; vol. 8°.

PAVENTA (F.). Pediatria. — Del lattime (Crosta lattea — Ruffa). Torino, 1881; 8°.

PAVESI (C.). Dell' acetato di sesquiossido di ferro albuminato. Milano, 1881; 8°.

PHILIPPI (W.). Sauerstoff (O_2, O_3) und Kleinschmarotzer (Aërophyte) als Krankheitserreger dargestellt unter Hinweisung auf rationelle Gegenmittel. Bonn, 1878; 8°.

ROMERO Y LINARES (A.). Nuevos métodos de talla perineal y de ligadura de los polipos de la matriz. Madrid, 1881; 8°.

SPINZIG (C.). Variola : its causes, nature and prophylaxis, and the dangers of vaccination. St. Louis, 1878; 8°.

— Failure of vaccination. St. Louis, 1881; 8°.

THÉVENOT (A.). Double insertion vélamenteuse du cordon, dans un cas de grossesse gémellaire. — Causes de l'insertion vélamenteuse. Paris, 1881; 8°.

VAN BAMBEKE (C.). Recherches sur l'embryologie des poissons osseux. — I. Modifications de l'œuf non fécondé après la ponte. — II. Premières phases du développement. Bruxelles, 1875; 4°.

— Recherches sur l'embryologie des batraciens. — I. OEuf mur non fécondé. — II. OEuf fécondé. Bruxelles, 1876; 8°.

— Contribution à l'histoire du développement de l'œil humain. Gand, 1879; 8°.

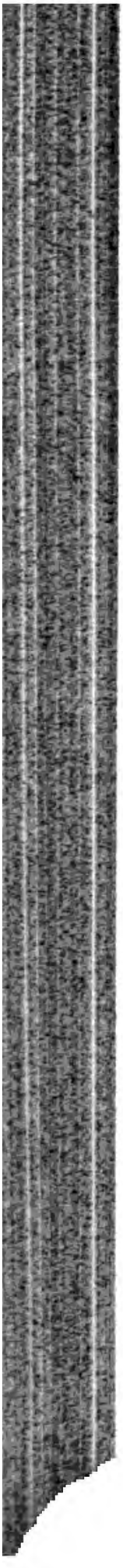
— Nouvelles recherches sur l'embryologie des batraciens. — I. Enveloppes ovulaires et transformations embryonnaires externes des urodèles (tritons et axolotl). — II. Fractionnement de l'œuf des batraciens. Bruxelles, 1880; 8°.

VANDEN BOSCH (H.). Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie. Phénomènes thoraciques graves. Guérison. Paris, 1881 ; 8°.

VANDER HAEGHEN (F.). *Bibliotheca Belgica*. Bibliographie générale des Pays-Bas ; 10e, 11e et 12e liv. Gand, 1881 ; feuilles in-12°.

WEHENKEL (J.-M.). État sanitaire des animaux domestiques pendant l'année 1879, d'après les rapports officiels des médecins vétérinaires du Gouvernement. Bruxelles, 1881 ; 4°.

WILLEMS. De la non-récidive de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines. Bruxelles, 1881 ; 8°.



SÉANCE DU 28 MAI 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

—



La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

— M. le Ministre de l'Intérieur adresse :

1° Un exemplaire des 1re, 2e et 3e livraisons des œuvres de M. le dr Jules Guérin, membre honoraire de l'Académie, à Paris, livraisons disposées en deux fascicules in-8°, avec atlas in-4°;

2° Le tome premier des *Archives de biologie*, publiées par M. Edouard Van Beneden, professeur à l'Université de Liége, et M. Charles Van Bambeke, professeur à l'Université de Gand;

3° Un exemplaire du 7e fascicule de l'*Exposé de la situation du royaume, de* 1861 à 1875;

4° Le tome XXXIII du *Bulletin du conseil supérieur d'agriculture*;

5° Deux exemplaires du 20e *Rapport médical*, publié par ordre de l'inspecteur général des douanes impériales de la Chine (en anglais);

6° Un exemplaire d'une publication officielle, extraite du *Moniteur belge* (numéro du 29 avril 1881), comprenant

une *circulaire à MM. les gouverneurs, relative à la trichinose*, et le rapport du conseil supérieur d'hygiène publique sur cette question;

7° Les listes des personnes admises à exercer l'art médical en Belgique;

8° Une expédition des arrêtés royaux, en date du 7 avril 1881, qui approuvent les nouveaux statuts organiques et le règlement d'ordre intérieur adoptés par l'Académie dans sa séance du 27 novembre 1880.

— M. le président constate que, par suite du décès de M. Boulvin, de la promotion à l'honorariat de MM. Burggraeve et Gouzée, et de l'approbation royale des statuts de la Compagnie revisés, il y a sept siéges de membre titulaire vacants. En vue d'y pourvoir, les sections seront invitées à se réunir le samedi 11 juin, à midi, à l'effet d'arrêter les listes de candidats à présenter en conformité du règlement.

— Donnant suite aux résolutions votées par la Compagnie, dans son assemblée du 26 mars 1881, conformément aux conclusions du rapport de la commission qui avait été chargée de l'examen des questions ressortissant à la vaccine, le Bureau a adressé à M. le Ministre de l'Intérieur la lettre suivante :

Bruxelles, le 22 avril 1881.

Monsieur le Ministre,

L'Académie royale de médecine a adopté, dans sa séance du 27 novembre 1880, la proposition faite par M. Thiry, à la suite d'une communication de M. Boëns, de charger une commission de soumettre à un examen approfondi les questions ressortissant à la vaccine.

Cette commission, composée de MM. Craninx, Thiry et Warlomont, s'est mise à l'œuvre immédiatement et a rendu compte de son mandat dans un rapport dont la Compagnie a reçu communication dans sa réunion du 29 janvier 1881, et qu'elle a discuté ensuite dans celle du 26 mars.

Après un débat, reproduit dans le n° 3 du Bulletin, ci-joint avec le n° 1 renfermant ledit rapport, les conclusions de ce travail, au nombre de quatre, ont été adoptées : les trois premières, à l'unanimité ; la dernière — exprimant le vœu que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires — à la majorité relative.

Il s'agit, monsieur le Ministre, d'une grave question d'hygiène publique sur laquelle l'Académie avait déjà fixé l'attention du gouvernement, et dont vous vous êtes aussitôt préoccupé, en vue de satisfaire aux *desiderata* signalés.

Vous avez parfaitement compris que ce qu'il importait de faire d'abord, c'était de créer une source abondante de vaccin animal, à distribuer gratuitement et en quantité suffisante à tous les médecins du pays, et vous avez décrété, à cette fin, la transformation de l'*institut vaccinal de l'État* en un *institut vaccinogène*, à établir dans une dépendance de l'École de médecine vétérinaire pour la culture, en grand, du précieux préservatif de la variole.

Mais pour que cette sage mesure, due à votre initiative, et qui est actuellement en bonne voie d'exécution, produise les heureux effets que nous en attendons avec vous, monsieur le Ministre, il importe d'aviser le plus tôt possible au moyen de faire appliquer généralement la vaccination et même la revaccination dans des conditions telles, que les administrations qui ont à en connaître soient toujours exactement renseignées des résultats de ces opérations, afin

d'y soumettre de nouveau les personnes chez lesquelles elles n'auraient pas été suivies d'effets manifestes.

Vous jugerez, monsieur le Ministre, s'il y a lieu d'édicter, dans ce but, selon le vœu de l'Académie, des mesures législatives ou seulement des mesures administratives, tout en organisant, dans l'un ou l'autre cas, un service médical *ad hoc* pour en assurer l'exacte exécution.

Nous avons l'honneur, monsieur le Ministre, de vous présenter, etc.

Le secrétaire,
(*Signé*) A. THIERNESSE.

Le président de l'Académie,
(*Signé*) Dr THIRY.

Par dépêche du 16 mai, M. le Ministre a répondu au Bureau en ces termes :

Messieurs,

Par lettre du 22 avril, n° 21061, vous avez bien voulu me rendre compte du résultat des récentes délibérations de l'Académie au sujet de la question de la vaccine.

Dans cette communication, vous appréciez, d'une manière exacte, la ligne de conduite suivie par le gouvernement pour se mettre en mesure de satisfaire aux enseignements que fournissent la science et l'expérience sur cette grave question de santé publique.

Assurer à toutes les administrations publiques et à tous les praticiens du pays du vaccin animal de bonne qualité, faciliter partout la distribution du vaccin humain, telle était la chose dont le besoin se faisait le plus vivement sentir, et les mesures que le gouvernement a adoptées à cette fin sont en bonne voie d'exécution. Lorsque le nouveau ser-

vice de la production de la matière vaccinale sera organisé, il y aura lieu d'aviser au moyen de favoriser la propagation aussi complète que possible de la vaccination et de la revaccination. A cet égard, je n'entends pas préjuger la solution qui devra prévaloir ; mais je suis de plus en plus porté à croire que la législation actuelle fournit aux diverses autorités administratives les moyens nécessaires pour leur permettre de remplir, dans une mesure suffisamment efficace, leur mission de surveillance et de protection de la santé publique.

Entretemps, je m'attacherai, messieurs, à tenir l'Académie au courant de tous les faits qui parviendraient à ma connaissance et qui seraient de nature à l'intéresser dans ses études de la question de la vaccine. C'est à ce titre que j'ai l'honneur de vous communiquer le rapport ci-joint qui vient de m'être adressé par M. le président de la commission médicale du Luxembourg, au sujet d'une épidémie de variole d'une extrême gravité qui sévit actuellement dans la petite localité de Bercheux (Juseret). Ce rapport contient des observations qui me paraissent mériter la sérieuse attention de l'Académie.

Veuillez agréer, etc.

Pour le Ministre de l'Intérieur,
Le secrétaire général,
(*Signé*) BELLEFROID.

— Le rapport précité est renvoyé à la commission des épidémies.

— Une épidémie de peste sévissant en Mésopotamie, et, d'après les journaux de médecine, ce désastreux fléau ayant même franchi l'Euphrate, le Bureau a cru devoir fixer sur

ce fait l'attention du gouvernement. Par lettre du 21 mai 1881, il a rappelé à M. le Ministre de l'Intérieur les résolutions prises en 1879 par l'Académie, à l'occasion d'une communication de M. Lefebvre sur la peste d'Astrakhan, et il lui a exprimé le désir qu'elle puisse obtenir, par la voie diplomatique, des renseignements circonstanciés sur la redoutable épidémie dont on se préoccupe maintenant.

— Par dépêche du 27 mai, écrite en réponse à cette lettre, M. le Ministre adresse des documents relatifs aux maladies infectieuses qui sévissent depuis quelques mois dans certaines contrées de l'Asie, de l'Afrique, etc., et annonce qu'il a réclamé du gouverneur de la province d'Anvers, pour être soumis également à la Compagnie, les autres renseignements qu'il lui a communiqués pour le service du port de la ville. — Renvoi à la commission des épidémies.

— Le concours ouvert par l'Académie, en vue d'une étude comparative du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la cachexie ossifrage, est clos depuis le premier mai. Aucun mémoire n'est parvenu au secrétariat pour prendre part à ce concours.

— Par lettre du 22 mai 1881, M. Barella, membre titulaire de la première section, demande à passer dans la quatrième, où deux nouveaux siéges sont établis. — Renvoi à la première et à la quatrième section, pour avis.

— Un comité s'est constitué à Franfort-sur-Mein, pour organiser le cinquantième anniversaire du doctorat de M. Georges Varrentrapp, membre honoraire de l'Académie, qui sera célébré en septembre prochain.

Le président, M. le Dr Marcus, exprime le désir que la Compagnie veuille se faire représenter à cette solennité et

lui envoyer, pour le savant jubilaire, une adresse de félicitations.

Le Bureau est chargé de faire parvenir cette adresse à M. Marcus, avec l'indication des membres qui auront annoncé l'intention de représenter l'Académie à ladite solennité.

— M^lle^ Emilie Larondelle annonce que son père, M. le d^r^ Larondelle, correspondant de la Compagnie, est décédé le 26 mai courant, et que ses funérailles auront lieu à Baelen, lez-Verviers, mardi, 31, à 10 heures.

Le Bureau adressera à M^lle^ Larondelle l'expression des sentiments de condoléance et des regrets de l'Académie.

— M. Wehenkel, membre titulaire, soumet, de la part de l'auteur, M. Zundel, vétérinaire supérieur d'Alsace-Lorraine, à Strasbourg, un travail manuscrit intitulé : *La peste ou distomatose des écrevisses*. — Commissaires : MM. Thiernesse et Wehenkel.

— M. Boëns, empêché d'assister à la séance, offre, de la part de l'auteur, M. le d^r^ Pigeon (de la Nièvre), six exemplaires d'une brochure intitulée : *Lettre à MM. les députés relativement au projet de loi sur les vaccinations obligatoires*, et attire l'attention de l'Académie sur le contre-projet de loi concernant la vaccine, qui termine cette publication et qui est ainsi conçu :

« Art. 1^er^. Les médecins sont seuls autorisés à vacciner.

« Art. 2. Ils sont responsables des accidents pouvant résulter de leurs vaccinations.

« Art. 3. Il n'est plus exigé de certificat de vaccine. »

— Par lettre en date du 25 mai 1881, M. le d^r^ Gailliard, à Bruxelles, adresse un exemplaire de la brochure qu'il vient de publier, à titre de réfutation du rapport de la com-

mission qui a été chargée d'apprécier le mémoire de M. le dr Stappaerts, intitulé : *Examen du système de Hahnemann : le vitalisme et le matérialisme en médecine,* et demande que, par application de l'art. 93 du règlement, elle soit renvoyée à une commission.

M. le président fait remarquer qu'aux termes de l'article invoqué, *il n'est fait rapport sur un ouvrage imprimé que si l'Académie le juge d'une importance suffisante, et que l'auteur d'un tel travail, qui exprime le désir qu'il soit l'objet d'un rapport, est tenu de joindre à sa demande le résumé analytique de ce que ce travail contient de nouveau et d'important pour la science.*

Or, M. Gailliard n'a pas fourni ce résumé, et sa brochure n'est au reste que l'appréciation, à son point de vue, d'un rapport sur lequel l'Académie s'est prononcée dans sa dernière séance.

Il y a donc lieu, ajoute M. le président, de passer à l'ordre du jour sur la demande dont il s'agit. — Assentiment unanime.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse adresse le programme des prix à décerner en 1882 et 1883. — Dépôt à la salle de lecture.

— MM. Masoin, à Louvain; Droixhe, à Huy; Wasseige, à Liége; da Costa Alvarenga, à Lisbonne; Klebs, à Prague; Ercolani, à Bologne; l'Association générale des brasseurs belges, à Bruxelles; MM. Conil, à Cardova; Dessart, à Cureghem; Gray, à Utica; Ingels, à Gand; Kayser, à St-Josse-ten-Noode; le Comité de la ligue internationale des anti-vaccinateurs, à Paris; MM. Moeller, à Bruxelles; Pavesi, à Mortara, et Vovard, à Bordeaux, font également hommage de publications dont les titres sont indiqués au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— Remercîments aux auteurs de ces dons.

II. — MOTION D'ORDRE DE M. SOUPART.

— *M. Soupart.* — Je dois faire part à l'Académie d'une réclamation qui m'a été adressée, hier, par notre honorable collègue M. Decaisne, au sujet du rapport que j'ai eu l'honneur de lire, dans la dernière séance, sur le travail de M. Faucon ayant pour titre : *Contribution au traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet.*

M. Decaisne me fait observer qu'il a pratiqué une opération du genre de celles que j'ai signalées, opération dont l'Académie s'est occupée dans sa séance du 23 février 1845. Il me prie, en conséquence, de rappeler, à la suite de mon rapport, ce fait et la discussion qu'il a provoquée, et qui, dit-il, n'ont jamais été mentionnés par les chirurgiens qui se sont occupés de ces tumeurs.

Je m'empresse de donner à notre honorable collègue la satisfaction qu'il réclame à juste titre. Si je n'ai pas fait mention de son travail, c'est, je l'avoue humblement, que je n'en avais nullement connaissance. Mon ignorance sur ce point est d'autant plus excusable que je n'avais pas l'honneur de siéger à l'Académie en 1845, et que la table des matières du Bulletin de cette année ne contient aucune indication à ce sujet, ni sous la rubrique kystes, ni sous celle de tumeurs du poignet ; le nom de M. Decaisne n'y est pas même cité.

Quoi qu'il en soit, je suis heureux, en comblant cette lacune de mon rapport, d'avoir pu constater que l'opération pratiquée par M. Decaisne, loin d'infirmer les conseils de prudence et de circonspection que nous avons donnés dans l'espèce, ne fait que confirmer ces principes et nos conclusions.

En effet, si M. Decaisne a su mener à bonne fin son opération et obtenir, après cinq semaines de traitement, une guérison telle, que la main avait recouvré sa mobilité et ne présentait plus d'autre indice de la tumeur que la cicatrice de la plaie due à l'opération, il n'est pas moins vrai que, pour arriver à ce résultat, l'opérée a eu à traverser une période d'accidents graves : douleurs excessives, syncopes, tuméfaction, engorgement de la main et de l'avant-bras, qui ont nécessité les moyens les plus énergiques. « Sans entrer dans les détails, » dit le rapporteur d'alors, l'honorable » M. Verbeek, il suffira de dire que, dans l'espace de deux » jours et demi, on pratiqua deux copieuses saignées géné- » rales; on éparpilla quatre-vingt-cinq sangsues sur la » main et l'avant-bras, et l'on plongea les parties, plu- » sieurs fois le jour, dans un bain émollient qu'on rem- » plaçait chaque fois par des cataplasmes (1). »

En lisant la discussion qui suivit cette communication, j'ai la satisfaction de voir que nous nous trouvons en parfaite communauté d'idées et de principes avec nos illustres devanciers, Verbeek, Seutin et M. Michaux, à tel point que ceux qui pourraient douter de ma bonne foi, devraient être tentés de croire que j'ai puisé mes idées à cette source qui, je le répète et le déclare formellement, m'était complètement inconnue.

Toujours est-il qu'à trente-cinq années d'intervalle, les mêmes principes sur un même sujet se trouvent reproduits au sein de notre Compagnie, et j'estime qu'il y a lieu, jusqu'ici, de continuer à les prendre pour guides dans la question pratique dont il s'agit.

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. IV, p. 226.

III. — MOTION D'ORDRE DE M. KUBORN.

— *M. Kuborn* constate que, depuis la dernière séance, de nombreuses distinctions honorifiques ont été conférées à des membres du corps médical qui, la plupart, font partie de l'Académie. Il cite les collègues qui viennent d'être nommés Commandeurs, Officiers ou Chevaliers de l'Ordre de Léopold, et croit être le fidèle interprète des sentiments de l'assemblée, en leur exprimant, en son nom, les plus chaleureuses félicitations. *(Applaudissements.)*

L'honorable M. Kuborn rappelle ensuite que le banquet annuel a été ajourné jusqu'au moment de la revision des statuts et du règlement, et qu'il vient d'être donné communication des arrêtés royaux qui sanctionnent cette revision. Il propose de tenir ce banquet le jour de la prochaine séance pour fêter tout à la fois l'inauguration de la nouvelle charte et les nouveaux décorés dans l'Ordre de Léopold. *(Nouveaux applaudissements.)*

— *M. Thiry*, président, remercie, en son nom et au nom des honorables collègues qui ont été l'objet des distinctions dont il s'agit, des paroles bienveillantes de M. Kuborn et des applaudissements par lesquels l'assemblée a accueilli le discours de cet honorable membre. « Ces applaudissements sont, dit-il, la sanction la plus précieuse, pour mes collègues et moi, des récompenses honorifiques qui nous ont été décernées. *(Vifs applaudissements.)*

— *M. Crocq* prend la parole pour rendre particulièrement hommage aux deux collègues, M. Thiry, président, et M. Thiernesse, secrétaire de l'Académie, que le Roi a daigné promouvoir au grade de Commandeur de l'Ordre de Léopold. Il rappelle les titres qu'ils avaient à cette haute distinction et propose que le banquet, dans lequel l'Académie

se réunira le jour de sa prochaine séance, leur soit spécialement offert. *(Approbation unanime.)*

— *M. Thiernesse* remercie l'assemblée du grand honneur qu'elle veut bien lui faire, en l'associant à M. le président dans la manifestation proposée par M. Crocq. Il exprime le désir que cette manifestation soit restreinte au collègue éminent que l'Académie a appelé à diriger ses travaux, et qui s'acquitte avec tant de distinction de ce mandat de haute confiance.

— *M. le président* proteste contre cette proposition, qui est également repoussée par l'assemblée.

— Dans le discours qu'il prononce ensuite, M. le président saisit l'occasion d'exprimer sa reconnaissance à l'un de ses anciens professeurs, l'honorable M. Craninx, promu, lui aussi, au grade de Commandeur depuis quelques années. Il est heureux, dit-il, de voir cet éminent collègue assister régulièrement à nos séances, toujours plein de force et de santé. *(Applaudissements.)*

— *M. Craninx* remercie avec effusion l'honorable président de sa bienveillante attention et de son bon souvenir.

— Le banquet de l'Académie aura lieu conformément à la proposition de M. Crocq. Il sera organisé par une commission, composée de ce membre et de MM. Kuborn et Warlomont. — M. le Ministre de l'Intérieur sera prié de bien vouloir l'honorer de sa présence.

IV. — MOTION D'ORDRE DE M. BORLÉE.

— *M. Borlée* demande que l'on avise au moyen de reprendre, à bref délai, la discussion ouverte sur les pansements des plaies, et pour laquelle il s'est fait inscrire depuis longtemps.

— *M. le président* reconnaît la légitimité de la demande de M. Borlée et promet de faire ce qui dépendra de lui pour qu'il y soit donné suite dans la prochaine séance, s'il n'est pas possible d'aborder aujourd'hui ce point de l'ordre du jour.

V. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de M. JANSSENS sur la note de feu le dr WILBAUX, relative à un liniment anti-variolique.

Messieurs, M. l'avocat Wilbaux, à Bruxelles, a communiqué naguère à l'Académie une note laissée par feu son père, M. le docteur Amédée Wilbaux, de Tournai, et intitulée : *Liniment anti-variolique.* Cette note, d'une trentaine de lignes, que le bureau a renvoyée à mon examen, porte la date du 30 avril 1871 ; elle donne la composition d'un topique que l'auteur déclare avoir employé « avec les avantages les plus sérieux » à l'orphelinat des sœurs de la Charité de Tournai, chez tous les sujets frappés par l'épidémie variolique de 1870-71 ; ceux-ci, ajoute-t-il, « ont tous eu la vie » sauve et n'ont conservé après leur guérison aucune trace » de l'affection dont ils avaient été atteints. »

Le topique dont il s'agit n'est autre que le collodion riciné, additionné d'environ un millième de sublimé, de quinze dix-millièmes d'un sel de morphine et d'un centième de cyanure de potassium.

Cette prescription magistrale ne constitue pas, à proprement parler, une médication nouvelle, dans les cas de l'espèce : on sait que le collodion au sublimé figure déjà depuis de longues années dans l'arsenal des topiques employés pour faire avorter les pustules varioliques de la face et prévenir ainsi les cicatrices qui défigurent trop souvent les

personnes qui n'ont pas été assurées contre les atteintes du fléau épidémique par une ou plusieurs inoculations jennériennes. Le collodion mercuriel a été surtout préconisé par le dr Debout, rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, dont la formule contenait même une dose de sublimé beaucoup plus élevée que celle indiquée par M. Wilbaux.

L'innovation qui appartient en propre à ce dernier consiste donc dans l'adjonction de la morphine et du cyanure de potassium au collodion mercuriel. Quelle indication l'auteur s'est-t-il proposé de remplir au moyen de cette addition de médicaments énergiques? Il ne nous fournit à cet égard aucun renseignement, et cependant une explication eût été d'autant plus nécessaire que ni l'un ni l'autre de ces agents actifs ne sont utilisés dans la pratique ordinaire contre les dermatites aiguës ou spécifiques, mais réservés au contraire pour combattre les douleurs névralgiques, lesquelles font défaut dans l'éruption variolique. D'ailleurs le cyanure de potassium, dont la composition est si instable, ne saurait être considéré comme un médicament inoffensif, et, comme tel, incorporé dans un topique applicable à tous les cas graves ou bénins d'une même maladie, ainsi que le conseillait notre confrère de Tournai.

Nos réserves au sujet de la valeur théorique de cette formule complexe trouvent une nouvelle confirmation dans ce fait, que la prescription laisse à désirer sous le rapport pharmaceutique : on peut s'en assurer en observant le dépôt relativement abondant qui s'est formé au fond du flacon, dans l'échantillon que j'ai fait préparer par M. le pharmacien Hauchamps. Inutile d'insister sur les conséquences auxquelles pourrait donner lieu, dans des cas exceptionnels, sans doute, mais qui ne doivent pas moins être

prévus, l'absorption d'un précipité toxique à travers les crevasses et les pertes de substances qui peuvent se produire sur les téguments du visage, durant l'évolution des pustules varioliques confluentes, sous l'enduit plus ou moins rétractile qui les recouvre.

Les observations critiques que je viens de formuler sur la composition du remède soumis à mon appréciation, ne m'empêchent en aucune façon d'ajouter foi aux succès nombreux que l'auteur déclare avoir obtenus de son topique dans le traitement de la variole. L'emploi du collodion élastique, simple ou composé, appliqué à l'origine de l'éruption dans la variole discrète, jouit de la propriété de comprimer les pustules, de les empêcher de s'élever et quelquefois de suppurer, il est vrai que, même dans ces cas bénins, on lui reproche, non sans raison, de s'opposer aux mouvements du visage et, par suite, de gêner les malades. Quant à son action dans la variole confluente, elle a été appréciée d'une façon peu favorable par un grand nombre de praticiens autorisés; en effet, l'espèce d'épiderme artificiel qu'il forme sur les pustules confluentes « n'empêche pas la » suppuration, mais enfermant le pus qui s'étale et se » durcit, il ne fait de toute la surface sur laquelle on l'étend » qu'une énorme phlyctène et une vaste ulcération. Or, celle-» ci guérit plus difficilement que les parties voisines décou-» vertes qui ont librement suppuré au contact de l'air (1). »

Comment concilier ces observations, faites au lit du malade par des praticiens consommés, avec l'approbation sans réserve donnée par M. Wilbaux à son liniment anti-variolique? L'explication serait facile, si l'on admettait que notre confrère de Tournai n'a probablement eu à traiter que des

(1) Trousseau et Pidoux. *Traité de thérapeutique;* t. II, p. 777.

cas de variole discrète. Ce qui tend à confirmer cette hypothèse, c'est que son expérimentation thérapeutique a été effectuée dans un orphelinat de jeunes filles. Or, dans un établissement de ce genre, comme d'ailleurs dans tous les asiles hospitaliers consacrés à l'éducation de la jeunesse, l'admission des pensionnaires est subordonnée à la production d'un certificat de vaccine, et je me garderai bien de supposer que l'administration qui a accepté la tutelle légale des orphelines aurait pu se soustraire à l'obligation morale qui lui incombait sous ce rapport.

Je suis donc fondé à croire que la plupart des jeunes filles frappées dans cet établissement par l'épidémie ont été atteintes soit de varioloïde, soit de variole discrète, et cela à un âge où, comme la statistique le démontre, la variole est moins grave et moins fréquente qu'à toute autre période de la vie.

En résumé, la teneur laconique de la note posthume de M. le docteur Wilbaux ne fournit pas les éléments d'appréciation qui seuls permettraient de sanctionner les éloges qu'il adresse à son liniment anti-variolique. Pour atteindre ce but et faire œuvre réellement scientifique, l'auteur aurait dû expérimenter simultanément son topique et chacun des moyens analogues, généralement en usage aujourd'hui, tels que : l'emplâtre de Vigo et l'onguent mercuriel, qui possèdent en outre l'avantage de soustraire les parties malades à l'action de la lumière, la glycérine en onctions répétées, moyen fort simple dont j'ai eu tout particulièrement à me louer pendant l'épidémie de 1870-71, la pommade sulfureuse, proposée jadis par un médecin militaire belge, M. le dr Midavaine, et employée de nos jours avec succès dans le service spécial des variolés à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, etc.

La science n'est pas encore fixée définitivement sur la valeur relative de ces différents topiques abortifs; ce point de thérapeutique appelle de nouvelles expériences auxquelles il est facile de se livrer dans les services hospitaliers; mais, en attendant la solution du problème, n'oublions pas que ces topiques ne constituent qu'un remède palliatif, et qu'il n'existe en réalité qu'un seul préservatif certain des cicatrices varioliques : la vaccine. Appliquée partout sans exception suivant les règles de l'art et renouvelée en temps opportun, l'inoculation jennérienne nous permettra de reléguer un jour parmi les souvenirs de l'ancienne polypharmacie les formules surannées des remèdes dits *antivarioliques*. Puissions-nous être témoins de cette heureuse application pratique de l'aphorisme dans lequel se résume toute l'hygiène publique et privée : *Prévenir vaut mieux que guérir*.

Pour conclure, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie 1° de remercier M. l'avocat Wilbaux de sa communication, qui lui a été inspirée par un sentiment très louable de piété filiale, et 2° de déposer honorablement aux archives la note qu'il nous a soumise. — Adopté.

2. RAPPORT de la commission à laquelle ont été renvoyés les travaux de M. le dr SERVAIS, intitulés : 1° Lithectasy; 2° Section sous-cutanée du col fémoral, à l'effet de détruire l'ankylose vicieuse de la hanche. — M. DENEFFE, rapporteur.

Messieurs, vous nous avez chargés, M. Soupart et moi, de vous faire rapport sur deux observations que M. le dr Servais, d'Anvers, a soumises à l'Académie; je remplis la mission que vous nous avez confiée.

A. Sous le nom étranger de *lithectasy*, se cache une de nos plus vieilles opérations chirurgicales, la taille périnéale avec dilatation. C'est le professeur Samuel Gross, de Philadelphie, qui nous a déguisé cette très vieille connaissance sous un nom américain. Mais elle a beau revenir d'Amérique et s'appeler *lithectasy*, c'est bien la vieille taille que les Italiens nous firent connaître dès les premières années du XVI^e^ siècle. Voici comment M. Servais, suivant les conseils de M. Gross, a pratiqué cette opération.

Un garçon de trois ans et demi, doué d'une bonne constitution, était atteint depuis près de deux ans d'un calcul vésical, que M. Servais avait diagnostiqué à diverses reprises. Le 1^er^ mai 1880, assisté de MM. les d^rs^ Vermeulen et Nassan, il plaça le petit malade transversalement sur une table, les mains attachées aux chevilles par des liens, le siége débordant le bord de la table; les genoux sont maintenus écartés par un aide et le bassin est immobilisé par un autre. L'opérateur, assis, introduit dans le canal de l'urèthre un cathéter cannelé, qu'il maintient de la main gauche dans une position verticale, sa face concave fortement appuyée contre la symphyse pubienne ; les doigts de la même main relèvent les bourses et tendent le raphé périnéal. De la main restée libre, l'opérateur saisit un bistouri droit et en plonge la pointe dans la cannelure du cathéter, au niveau du raphé et à 4 cent. au-dessus de l'anus; le tranchant tourné en bas transforme la ponction en incision, en sectionnant les tissus jusqu'à 1 1/2 c. de l'orifice anal. La pointe du bistouri ne quitte pas la cannelure du cathéter, la portion membraneuse de l'urèthre est ainsi incisée. L'index de la main gauche pénètre alors avec une grande facilité dans la vessie, l'ongle se guidant sur le bord droit du cathéter.

Au moyen de ce doigt, on exécute des mouvements rotatoires et des pressions circulaires qui constituent le temps de la dilatation. Le doigt, devenu bien libre, est en contact avec la pierre dont il détermine la forme, le volume, la situation. Le cathéter est retiré; on glisse alors sur le doigt resté dans la vessie et servant de conducteur une pince capable de saisir et d'extraire le calcul. M. Servais fait remarquer qu'en ce moment de l'opération, si l'on trouvait un calcul trop volumineux, on pourrait le briser et en extraire facilement les fragments. Il n'eut pas besoin de recourir à cette manœuvre : s'aidant du doigt, il plaça le calcul entre les mors de la pince, en ayant soin de l'engager par son plus petit diamètre. Le calcul était dur, de forme oblongue; il mesurait dans ses divers diamètres 4, 3, et 2 1/2 c. Le calcul étant bien saisi, et seul saisi, on l'attire vers le col de la vessie, le doigt est retiré, et les deux mains amènent le calcul à l'extérieur par des mouvements latéraux. Une légère hémorrhagie se produit à ce moment; une éponge placée dans la plaie l'arrête. Cinq heures après, l'éponge est enlevée; la plaie est couverte à l'extérieur de compresses trempées dans une solution d'arnica, 60 gr. pour 1000 gr. A l'intérieur, on administre le sulfate de quinine, à la dose de 0,60 cent. par jour; on donne une tisane de graine de lin; le malade est soumis à une diète lactée.

Rien ne compliqua les suites de l'opération; on n'eut pas dit que l'enfant avait subi la taille, tant il reposait tranquillement. Dès le cinquième jour qui suivit l'opération, l'urine commença à s'écouler par le canal de l'urèthre; vers le trentième jour, la plaie périnéale était cicatrisée et toute l'urine était expulsée par les voies naturelles. Pendant deux mois, le petit garçon fut atteint d'incontinence d'urine;

mais cet accident disparut sans laisser de traces ; la santé la plus parfaite fut rendue à l'opéré.

Cette opération présente aux yeux de M. Servais les avantages suivants :

1° Elle nécessite peu d'instruments et ne réclame que les plus usuels ;

2° Elle se pratique si vite, qu'elle ne nécessite point l'anesthésie ;

3° Elle ne donne lieu à aucune hémorrhagie ;

4° Elle ménage complètement les canaux déférents.

La taille périnéale avec dilatation remonte, comme je l'ai dit tantôt, aux premières années du XVI^e^ siècle. La brillante école chirurgicale, à laquelle appartenaient Batista da Rapollo, Giovanni di Romani, Marianus Sanctus, Octavien da Villa, pratiquait la taille périnéale pararaphéale ; ils n'incisaient ni le col de la vessie, ni la prostate ; ces parties étaient dilatées, soit par l'écartement des conducteurs mâle et femelle, soit au moyen des dilatateurs. Quand le calcul était trop volumineux pour franchir ces régions dilatées, on le brisait au moyen de tenailles introduites dans la vessie.

Mais, si l'opération de M. Servais ne s'écarte pas en principe de celle dont je viens de rappeler les principaux traits, elle en diffère par les dimensions de la plaie périnéale qu'elle réduit à des proportions plus petites : ce n'est qu'une boutonnière.

La taille par dilatation, employée par l'école italienne et les Colot, donna lieu à beaucoup d'accidents ; la dilatation était plus théorique que réelle, le col de la vessie et les parties profondes de l'urèthre étaient plus souvent déchirés que dilatés. Ce sont ces déchirures meurtrières qui por-

tèrent les chirurgiens du XVIIe siècle à substituer à la dilatation les incisions plus ou moins étendues du col de la vessie et de la prostate.

Mais, si la dilatation avait ses inconvénients, les larges incisions ont aussi les leurs; il était donc logique de chercher dans une combinaison de ces deux méthodes à réunir leurs avantages tout en se garant de leurs défauts.

Pour atteindre ce but, les chirurgiens n'eurent qu'à revenir à la pratique de leurs prédécesseurs du XVIe siècle, en perfectionnant leur méthode.

Au lieu de la grande incision pararaphéale de Marianus Sanctus et des Colot, qui commençait au-dessous des bourses pour s'arrêter près de l'anus, on fait une boutonnière qui mesure deux centimètres et que l'on place, soit près du raphé, comme Bouisson, soit sur la ligne médiane, comme Bresciani, Allarton, Dolbeau et Servais. La région membraneuse ayant seule été incisée, on procède à la dilatation des régions profondes de l'urèthre au moyen du meilleur des dilatateurs, car il est vivant, je veux parler du doigt. Si la dilatation ainsi obtenue ne permet pas au calcul de sortir sans effort, on a recours aux dilatateurs mécaniques de Weiss, d'Arnott, de Dolbeau, de Demarquay. Les chirurgiens du XVIe siècle avaient aussi des dilatateurs; mais le génie de nos fabricants nous a dotés d'appareils d'une précision mathématique.

La dilatation du col de la vessie et de la prostate peut facilement et sans danger être portée à deux centimètres. Plus le sujet sera jeune, moins sa prostate sera développée, plus la dilatation sera grande et facile à obtenir. Mais chez les vieillards, à prostate dure et volumineuse, la dilatation sera plus difficile.

Dans le plus grand nombre des cas, le calcul ne pourra sortir par cette voie, elle sera trop étroite. M. Servais a réussi dans cette tentative, mais il faut nous souvenir qu'il opérait un enfant de trois ans et demi, affecté d'un petit calcul.

Règle générale, la taille par dilatation devra se compliquer d'une autre manœuvre, la fragmentation du calcul au moyen de brise-pierres introduits dans la vessie.

La fragmentation du calcul que nous pratiquons aujourd'hui avec des instruments d'une rare perfection, est une manœuvre aussi vieille que la taille elle-même. Celse la connaissait et la recommandait; elle était en usage au temps de Marianus Sanctus, qui n'en était pourtant pas partisan. Franco et Ambroise Paré inventèrent pour l'exécuter les tenailles incisives et le bec de Corbin.

Les brise-pierres dont nous nous servons aujourd'hui pour pratiquer la lithotritie périnéale sont évidemment supérieurs à ceux-là. Mais, malgré tous ces perfectionnements, la taille par dilatation suivie de la lithotritie périnéale reste une opération grave et d'une pratique délicate et difficile, quoi qu'en pense l'honorable M. Servais. La cystite parenchymateuse que peuvent provoquer les manœuvres de broyement et d'extraction de la pierre constitue le grand danger de la taille par dilatation. Sur 56 opérations de ce genre pratiquées par divers chirurgiens, Lefort a relevé 10 morts, ce qui fait un mort sur 5,6 opérés; chiffre pour le moins égal à celui de la mortalité dans les divers procédés de la taille.

Nous ajouterons encore que si le broyement du calcul se fait par une voie plus directe, avec des instruments plus puissants que dans la lithotritie ordinaire, on n'est pour-

tant pas assuré de réussir toujours à fragmenter la pierre. Il arriva un jour à Dolbeau lui-même de travailler pendant une heure et demie à briser un calcul vésical. Après ces tentatives restées infructueuses, le malade fut reporté dans son lit ; trois jours après il expirait.

Dans des circonstances très favorables, l'honorable M. Servais a pratiqué avec habileté une opération couronnée de succès; mais les hasards de la pratique ne le serviront pas toujours aussi bien, et les considérations auxquelles nous nous sommes livrés montrent à toute évidence que l'honorable chirurgien d'Anvers généralise trop le brillant résultat qu'il a su obtenir et qu'il conçoit de la *lithectasy* des espérances qu'il nous est bien difficile de partager.

Mais, le procédé opératoire suivi par M. Servais étant encore à l'étude, votre commission estime que l'observation de ce chirurgien ne doit pas être perdue pour la science. La publication de ce rapport lui paraît atteindre suffisamment ce but.

B. Un garçon de 23 ans, atteint d'une ankylose vicieuse de la hanche, vint solliciter de M. Servais une amélioration de son état. Quand ce malheureux était debout, il ne pouvait toucher le sol avec la pointe du pied gauche qu'en courbant fortement les reins et en imprimant une saillie énorme à la région fessière. Si on le couchait à plat sur le sol, la cuisse gauche formait avec l'axe du corps un angle droit, si on l'étendait de force, les reins se creusaient fortement et la face antérieure du corps se courbait comme une portion de sphère. La marche était difficile. Pendant vingt ans le patient avait supporté cette situation; mais,

en 1879, il songeait à se marier, et l'amour l'amena dans le cabinet de M. Servais, qui lui proposa de redresser le membre dévié, en sectionnant par la méthode sous-cutanée le col fémoral.

Cette opération fut pratiquée pour la première fois à Londres, en 1869, par le professeur Adams qui, stimulé par un premier succès la répéta six fois depuis. D'autres chirurgiens anglais et américains pratiquèrent également la section sous-cutanée du col fémoral.

Voici comment on exécute cette opération : le sujet anesthésié est couché sur le côté sain ; l'opérateur introduit, suivant les règles de la chirurgie sous-cutanée, à un pouce au-dessus du grand trochanter, un bistouri étroit qu'il conduit directement sur le col du fémur, coupant les muscles et pénétrant dans la capsule articulaire. Cette voie tracée, on retire le bistouri et on le remplace par un ténotome-scie, long de 20 c., présentant des dentelures sur une longueur de 5 c. Des mouvements calculés sont imprimés à l'instrument profondément engagé dans les tissus. En comprimant avec les doigts le trajet parcouru par la scie, un aide s'oppose à l'entrée de l'air. Dans l'opération pratiquée par M. Servais, la section du col ne prit pas moins de trois quarts d'heure. Cette section terminée, le membre put, avec facilité, être mû dans toutes les directions. On le plaça dans une position physiologique ; on appliqua sur le lieu de la ponction une compresse trempée dans une solution d'arnica (60 arnica, 1000 eau) et le membre fut enveloppé dans un appareil gypso-ouaté. Ce pansement fut enlevé au bout de cinq jours et le membre soumis à la traction américaine.

Pendant vingt jours tout marcha bien, l'état local était

excellent, le malade n'avait même pas de fièvre; mais au bout de ce temps, devenu indocile, il se leva malgré les avis de son médecin, et un accident grave se produisit. Les fragments du fémur fraîchement scié blessèrent l'artère fémorale ou l'une de ses grosses branches, et une hémorrhagie inquiétante se déclara. Averti douze heures après, M. Servais n'hésita pas, il lia l'artère crurale au-dessous de l'arcade. L'hémorrhagie s'arrêta, mais un autre danger surgit. Le sang s'était infiltré au loin, le sujet était affaibli, une inflammation se produisit dans la cuisse. De larges débridements, le drainage et, à l'intérieur, un régime et des médicaments toniques conjurèrent cette phlogose; le malade fut sauvé.

Vers la fin du deuxième mois, M. Servais appliqua l'appareil de Taylor; le 75e jour, le malade se leva. A partir du sixième mois, la situation du jeune homme était excellente; le succès de l'opération ne s'est pas démenti depuis. Le sujet est redressé, il marche sans claudication et sans appareil; le membre s'est développé depuis l'opération. La réunion des deux bouts de l'os scié est très solide. Mais de temps en temps une petite ouverture se produit et laisse échapper quelques fragments osseux. L'état général est meilleur qu'avant l'opération ; depuis plus d'une année le jeune homme a repris ses travaux de lapidaire.

Si cette observation montre l'habileté de l'opérateur, elle montre aussi les dangers que l'opération a fait courir à ce malheureux jeune homme.

Si nous ajoutons aux dangers si graves qui ont failli emporter le malade de M. Servais, un cas de mort produit par infection purulente et un autre cas de mort, par hémorrhagie, résultat de la blessure de l'artère fémorale, on trouvera

peut-être que, pour une cinquantaine de sections sous-cutanées du col fémoral, la liste des accidents qui peuvent compliquer cette opération est déjà bien chargée.

On trouvera peut-être aussi que M. le professeur Adams jugeait sa méthode avec beaucoup de bienveillance, quand il disait au congrès de Philadelphie :

1° On peut, sans grand danger, diviser les os comme les tendons par une section sous-cutanée;

2° Le plus souvent la plaie guérit par première intention et se conduit dès lors absolument comme s'il se fut agi d'une section tendineuse;

3° Le danger de mort est comme un est à vingt-cinq.

4° Le résultat de l'opération est la disparition de la position vicieuse du membre. Il se produit une ankylose dans une position plus favorable. Souvent on obtient une pseudarthrose passagère, parfois elle persiste au-delà d'un an.

Règle générale, la section sous-cutanée du col fémoral se fait assez rapidement : elle est terminée en moins de cinq minutes. Si M. Servais a consacré trois quarts d'heure à ce temps de l'opération, c'est que certaines circonstances, qu'il n'indique pas, l'auront forcé à user de grands ménagements.

L'opéré de M. Servais a guéri, et tout est bien qui finit bien.

Mais votre commission s'étonne que cette ankylose vicieuse de la hanche, qui a duré pendant toute la période de croissance, de développement, n'ait pas entraîné un raccourcissement du membre capable de gêner la marche, malgré l'opération. Nous regrettons que dans son travail, malheureusement très écourté, l'honorable chirurgien d'Anvers ne nous dise rien à cet égard.

Sans accepter, sur la bénignité de la section sous-cutanée du col fémoral, les opinions de MM. Adams et Servais, votre commission estime que cette opération est indiquée dans les cas où une ankylose vicieuse de la hanche rend un membre inutile. Mais le chirurgien doit être bien persuadé, et il ne doit pas laisser ignorer au malade ni à ceux qui l'entourent, que l'opération est grave; ce n'est que sur la demande des intéressés qu'il peut l'entreprendre.

Nous ferons remarquer que, dans les cas d'ankylose vicieuse de la hanche, les chirurgiens emploient, depuis de longues années, un procédé de redressement moins dangereux que celui d'Adams : je veux parler de la fracture du col du fémur. Nélaton, Péan, Tillaux et bien d'autres encore lui ont dû les plus beaux succès. Nous tenons d'autant plus à rappeler ces succès, qu'ils ont été obtenus avec moins de périls pour les malades.

Votre commission pense que son rapport fait suffisamment connaître les opérations pratiquées par l'honorable chirurgien d'Anvers. Elle vous propose de lui voter des remercîments; de l'engager à continuer ses relations avec l'Académie et de déposer ses deux communications aux archives.

M. Borlée. — M. le président, je demande à faire une observation. Dans la seconde communication de M. le dr Servais, tout me paraît extraordinaire. J'y remarque des choses tellement étranges, que je me rends difficilement compte de l'opération et de ses résultats. Je désire savoir si l'honorable rapporteur a pu s'assurer de l'authenticité de la guérison.

M. Deneffe. — Non, nous n'avons pas vu le malade.

M. Borlée. — Eh bien, je demande que la commission

soit invitée à se rendre à Anvers pour constater le cas.

Plusieurs membres. — Non, non.

M. Borlée. — Il importerait cependant de constater si la guérison est réelle.

M. Warlomont. — Le dépôt simple du travail aux archives implique des réserves ; cela me paraît suffire.

M. Deneffe. — Messieurs, au point de vue scientifique, l'Académie a le plus grand intérêt à voir l'opéré.

M. Decaisne. — Il me semble, messieurs, que le rapporteur a bien le droit de demander à l'auteur de montrer à l'Académie elle-même les résultats auxquels il est arrivé ; elle doit pouvoir vérifier l'exactitude des faits énoncés par M. Servais, alors surtout qu'il a soumis son observation au jugement de la Compagnie.

M. Deneffe. — Cela pourrait offrir des difficultés pratiques.

M. Decaisne. — Lesquelles ?

M. Deneffe. — Le malade pourrait être empêché de se rendre à l'Académie.

M. Decaisne. — Les résultats indiqués par M. Servais sont si extraordinaires, qu'on ne peut, ce me semble, s'en rapporter simplement aux dires de ce chirurgien.

M. le Président. — Je ne pense pas que l'Académie puisse exiger que l'auteur fasse à l'Académie la démonstration désirée. M. Decaisne peut, s'il le juge à propos, lui en suggérer l'idée.

M. Decaisne. — Des chirurgiens et des médecins ont souvent présenté leurs malades à l'Académie.

M. le Président. — Oui, spontanément ?

M. Decaisne. — J'espère que M. Servais présentera aussi son malade.

M. Deneffe. — Il s'agit d'une opération très rare; je crois que c'est la première fois qu'elle se présente en Belgique; nous serions tous heureux d'en constater le succès.

M. Soupart. — Il me semble qu'il serait utile de faire comprendre à M. Servais qu'il est de son intérêt de présenter son malade à l'Académie.

M. Warlomont. — Messieurs, un rapport a été fait; ce rapport conclut au dépôt pur et simple du travail aux archives. M. Servais saura par l'échange d'observations qui vient d'avoir lieu que la Compagnie n'est pas suffisamment édifiée sur le résultat de son opération. Nous n'avons donc pas à lui indiquer la voie qu'il doit suivre. C'est lui que cela regarde.

M. le Président. — Évidemment. Je mets aux voix les conclusions du rapport. — Elles sont adoptées.

3. LA DIPHTHÉRITE et son traitement; par M. COUSOT, membre titulaire.

Messieurs, en 1879, cédant aux bienveillantes sollicitations d'un de nos collègues, témoin d'une guérison inespérée d'angine diphthéritique grave, je publiai, dans le journal médical de Louvain, une courte étude sur la diphthérie et sur les résultats que me donnait depuis quelque temps une médication sinon nouvelle, au moins plus méthodique et plus rationnelle.

C'était peut-être prématuré. Cependant, je ne pouvais plus me taire; notre excellent collègue m'avait *jeté à l'eau*, suivant sa pittoresque expression, et, non content d'une mise en demeure publique, il avait appuyé ma modeste découverte d'un certain nombre de succès nouveaux et de considérations pratiques sérieuses.

Depuis cette époque mon expérience s'est élargie; des faits nombreux sont venus enrichir mes notes; bon nombre m'ont été communiqués par des confrères convertis à mes convictions; plusieurs de nos collègues des plus éminents en ont été témoins, et je puis avoir la certitude de ne plus me laisser tromper par ces illusions paternelles qui trop souvent nous aveuglent.

Je crois donc de mon devoir d'entretenir quelques instants l'Académie d'idées qui me paraissent peu connues et dont l'application thérapeutique a donné, à moi et à plusieurs, des résultats pratiques remarquables dans une affection qui faisait le désespoir des médecins.

Les travaux de Bretonneau, de Tours, et de Trousseau, l'étude des épidémies de diphthérie, les observations sur la marche des cas isolés, ont depuis longtemps fait considérer la diphthérie comme une maladie spécifique et contagieuse. Le dr Sané, dans l'excellente monographie qu'il a publiée en 1877 sur cette affection, établit ce double caractère; c'est aussi la conclusion à laquelle se rallie G. Homolle dans la revue générale de tous les travaux qui ont paru sur les diphthéries (*Journal de Hayem*, 1876).

Ce n'est pas nous qui nous inscrirons en faux contre une opinion qui est appuyée sur les faits les plus indiscutables et qui cadre si bien avec nos croyances étiologiques; la production diphthéritique, qu'elle se présente à la vulve ou à l'anus, sur la surface d'un vésicatoire ou sur une plaie, sur les muqueuses laryngienne ou pharyngienne, sur les lèvres, la langue ou dans les narines, reste toujours identique; elle peut toujours s'inoculer ou se propager de l'une à l'autre partie, comme le premier et essentiel facteur du processus diphthéritique.

Remarquons que cette conviction n'infirme en rien la proposition suivante que j'avançais en 1879, et dont la portée pratique, ne peut vous échapper; *la gravité du processus diphthéritique dépend surtout, si pas uniquement, du siège anatomique des fausses membranes.*

Rien ne permet cependant de différencier ces productions morbides; sur la vulve ou quelque autre muqueuse étrangère à l'acte respiratoire, elles passent presque inaperçues; mais qu'elles apparaissent sur leur siège de prédilection : larynx, pharynx, fosses nasales, et tout change; tout d'abord elles éveillent à peine quelque réaction dans l'économie, elles retentissent si peu sur les grandes fonctions, qu'elles passent souvent inaperçues du malade; une fièvre légère, quelques malaises, un peu d'embarras vers la gorge, une légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, tels sont d'ordinaire les débuts d'une affection, qui sans portée sur toute autre partie, peut ici en quelques jours, en quelques heures parfois, déterminer les angoisses du croup ou le collapsus de l'angine maligne.

Une étude de plusieurs années, des faits nombreux recueillis depuis plus de dix ans me permettent de maintenir aujourd'hui l'exactitude de cette remarque (1).

En présence de cette extrême différence dans le proces-

(1) Un travail intéressant du dr Boissarie, publié par la *Gazette hebdomadaire* (20 mai 1881), appelle l'attention sur une singulière épidémie de diphthérie, dans laquelle les paralysies les plus graves et les plus variées, auraient précédé l'apparition des plaques diphthéritiques, qui auraient même manqué complètement.

Ce fait étrange n'infirmerait en rien les opinions que nous défendons, et y trouverait même son explication. Ajoutons cependant, que les proliférations diphthéritiques des narines et de la muqueuse rétro-pharyngienne, échappent si souvent à nos recherches, selon la judicieuse remarque de M. le professeur Hubert, qu'il peut rester quelque doute sur l'exactitude des faits observés par le savant français.

sus diphthéritique, selon les régions sur lesquelles se développent ses éléments, nous sommes en droit de rechercher les causes de la gravité ou de l'innocuité des diphthéries, 1° *dans leur influence sur les fonctions des muqueuses qu'elles envahissent*; 2° *dans la nature même des productions diphthéritiques*.

Une étude plus approfondie de la symptomatologie si variable des diphthéries nous permettra d'apprécier nettement le rôle de la localisation et nous donnera des éléments précieux pour étudier la nature même du germe diphthéritique; nous demandons la permission de reproduire quelques traits de la double physionomie du processus diphthéritique que nous tracions en 1879; il nous serait difficile de les changer, puisqu'ils sont pris *tous* au lit des malades.

Une tache diphthéritique est apparue sur les tonsilles, sur le voile du palais, sur une partie quelconque du pharynx; quelques ganglions sous-maxillaires sont engorgés, il y a un peu de chaleur fébrile, du malaise, quelques frissons; la tache diphthéritique mal limitée, s'étend, s'épaissit; elle prend une teinte plus grisâtre; elle jette des prolongements tout autour d'elle; d'autres taches apparaissent et couvrent peu à peu les piliers, la luette, le pharynx; elles suivent la même marche que les premières; l'haleine devient mauvaise; cependant les symptômes généraux sont encore modérés; l'appétit diminue, la gaîté disparaît, le teint pâlit, la fièvre est peu considérable, moindre même qu'aux débuts (Sané, Lorrain, Lépine, Homolle, Jaccoud), la température, à peine élevée de 1/2 degré aux débuts, baisse plutôt qu'elle ne s'élève; un fait capital se produit : *les narines sont envahies par les productions diphthéritiques*; un écoulement muqueux, abondant, nous en avertit; nous allons voir se dé-

rouler tous les accidents de l'*angine maligne*, s'aggravant et se précipitant en raison directe de l'étendue des surfaces tapissées de plaques diphthéritiques, que doit parcourir l'air destiné aux poumons. Trousseau avait, sans en saisir la cause, constaté l'excessive gravité de cette propagation aux fosses nasales. « Ceux chez lesquels elles se montrent, disait-il, succombent presque invariablement, sinon dans la période aiguë, du moins plus tard. » Un écoulement abondant et fétide gorge les fosses nasales, déborde par les narines et ulcère les tissus ; les ganglions se gonflent de plus en plus ; le tissu cellulaire sous-muqueux s'engorge; la bouche, le pharynx, les narines, sont tapissés de cette végétation jaune grisâtre, sanieuse, qui se corrompt sur place et exhale une odeur repoussante; l'air forcé de parcourir ces cloaques arrive empoisonné aux cellules pulmonaires. Les symptômes généraux viennent compléter le drame ; le pouls va s'affaiblissant peu à peu, la température baisse, et après quelques brusques soubresauts diminue jusqu'à la période agonique; le teint pâlit, se plombe; la face devient cireuse; une véritable horreur pour toute boisson ou toute nourriture empêche l'alimentation, le malade s'épuise dans d'impuissants efforts pour rejeter les membranes diphthéritiques décomposées, qui ne se détachent que pour faire place à de nouvelles proliférations; un air empoisonné et insuffisant, une nutrition nulle vicient et détruisent les forces et peu à peu le malade s'éteint dans un collapsus sans cesse croissant.

Du reste, pendant ces scènes, aucun accès de dyspnée, rien du côté de la respiration, point de véritable asphyxie, point de cyanose. C'est un empoisonnement.

Telle n'est pas cependant toujours la terminaison de la

diphthérie maligne. Dans un certain nombre de cas l'organisme résiste à l'évolution complète des productions diphthéritiques ; les plaques s'amincissent, deviennent plus discrètes ; les muqueuses se dégorgent ; les fausses membranes devenues plus rares tombent et finissent par laisser les muqueuses libres et saines ; on croit le malade sauvé, et c'est quelquefois vrai, mais rarement ; l'économie a reçu un choc trop profond, le sang est trop altéré, l'innervation trop viciée ; les forces continuent à fléchir, le pouls devient de plus en plus petit, il se ralentit à l'excès ou il se précipite en devenant filiforme ; la température baisse d'une manière constante ; l'horreur des aliments persiste avec une incurable tristesse, un véritable ennui de la vie ; les symptômes de paralysie s'accusent vers la gorge, le voile du palais et surtout vers les muscles du cou ; les moindres mouvements deviennent pénibles et dangereux ; la vie s'éteint petit à petit et souvent une syncope inopinée, une suffocation inattendue et rapidement mortelle terminent cette lutte sans espoir.

Telle est la physionomie de la diphthérie dans l'*angine maligne ;* mais elle présente aussi et trop souvent une seconde et formidable expression, nous voulons parler du *croup*. Soit que nées dans un point quelconque du pharynx, les productions diphthéritiques descendent dans le larynx ; soit qu'ayant pris naissance dans la trachée, elles remontent vers son entrée ; soit enfin qu'elles se soient implantées d'emblée sur les cordes vocales ou dans les ventricules du larynx, sur l'épiglotte ou la glotte, toujours nous en sommes avertis par une physionomie symptomatique tout à fait nouvelle. On constate une gène constante dans l'inspiration surtout, le bruit respiratoire devient rude ; la toux

est fréquente, éteinte, rauque, aboyante; la voix est sifflante, voilée, saccadée; le malaise et l'inquiétude deviennent de plus en plus profonds; bientôt vont se présenter des accès de dyspnée et de suffocation, sans cesse plus rapprochés et plus menaçants; l'inspiration surtout devient presqu'impossible pendant ces crises, qui du reste ne sont pas constantes et accusent un caractère spasmodique; elles se rapprochent, deviennent plus longues et plus graves; leur suspension ne laisse cependant pas la respiration libre; l'hématose reste gênée et incomplète; l'asphyxie se dessine lentement sur les lèvres bleuâtres, sur le teint cyanosé, sur les mains qui se refroidissent, sous les ongles qui bleuissent, sur les traits crispés et anxieux; l'anesthésie se généralise; elle progresse ainsi que l'asphyxie, en raison du développement des produits diphthéritiques et de la fréquence des crises de suffocation. La marche de ces symptômes est ordinairement fort rapide, foudroyante quelquefois; si quelque effort suprême de toux ou de vomissement déplace ou rejette une fausse membrane et suspend quelques instants la marche du mal, bientôt de nouvelles productions se présentent, la lutte fatale recommence, le sang s'altère de plus en plus, les centres nerveux se paralysent et la mort arrive : *le malade meurt étranglé.*

Nous venons de tracer des types; vous aurez compris, messieurs, que chaque cas particulier de diphthérie empruntera à ces deux formes schématiques quelques-uns de ses symptômes, qui le rapprocheront de l'un ou l'autre type d'une maladie parfaitement identique à elle-même sous sa variable physionomie.

Si ces descriptions sont fidèles, et nous estimons qu'aucun praticien n'en récusera l'exactitude, nous nous croyons

autorisé à répondre à la première question que nous nous étions posée, par les conclusions suivantes :

1° La diphthérie ne présente aucune gravité lorsque ses productions se développent sur des muqueuses ou des régions étrangères à l'acte respiratoire.

2° Les plaques diphthéritiques sont toujours dangereuses lorsqu'elles se développent sur les muqueuses pharyngiennes; la gravité des symptômes qu'elles déterminent alors, croît en raison de leur étendue; leur extension à la muqueuse de Schneider rend l'affection presque fatalement mortelle. Dans ces cas, le malade meurt empoisonné par la résorption d'éléments putrides, mais surtout par l'air chargé de ces miasmes organiques : *c'est l'angine maligne.*

3° La production diphthéritique se développant dans le larynx, la glotte, les cordes vocales, etc., tue par un procédé différent; elle étrangle comme un corps étranger : *c'est le croup.*

Comme nous le disions, la simple description des formes de la diphthérie nous fournit des éléments précieux pour aborder la recherche de la nature même des productions diphthéritiques. Nous ne croyons pas qu'il soit encore possible de ne voir dans cette affection qu'un simple processus inflammatoire; tous nous avons pu voir des amygdalites, des abcès plus ou moins profonds des tonsiles, s'étendant parfois jusque dans les tissus voisins, des pharyngites très violentes, des laryngites, etc.; ni les débuts, ni la marche des symptômes, ni la terminaison ne présentent rien de commun avec la maladie diphthéritique; nous croyons inutile aujourd'hui d'insister ou de combattre une opinion qui rencontrait encore des défenseurs dans cette enceinte, il y a quelques années; je crois que tous les praticiens sont

maintenant convaincus qu'il y a, dans la diphthérie et dans ses productions membraneuses, quelque chose de plus, un élément qui la spécifie et lui donne son cachet propre. Ce facteur essentiel, quel est-il?

Je disais en 1879 : « *Causes ou effets, des protorganismes existent constamment dans les fausses membranes diphthéritiques; on les retrouve à toutes les périodes de leur évolution et bien avant la putréfaction des proliférations de l'angine.* » Cette assertion nous semble indiscutable. Je n'ai pas une fois examiné les fausses membranes diphthéritiques sans constater des spores, des sporules, des tractus de protophytes, à tous les degrés de développement.

En 1859, Jadin, médecin des bureaux de bienfaisance de Paris, prétendait déjà démontrer « que la production diphthéritique n'était que le développement d'un protophyte parasitaire »; des microphytes ont été décrits par Laboulbène, Letzeric, Hallier, Bühl, Classen, Oretel, Eberth, Hughes Bennet, Nepveu; Jaccoud affirme que des « champignons existent constamment dans les couches superficielles des membranes, mais que ce n'est que dans les cas graves qu'ils envahissent les tissus sous-muqueux »; Sénator, un adversaire de la théorie des germes animés, avoue « qu'il a constamment trouvé dans les fausses membranes des spores, des vibrions, etc. »; Homolle considère le fait comme indiscutable; Rindfleisch considère la diphthérie comme due au développement d'un cryptogame; MM. Schultz et Kleber ont isolé le principe virulent du mal diphthéritique; ils lui donnent le nom de *microsporum diphthericum*. Le dr Thomas, de St-Lo, analysant les plaques, y trouve, « à côté des spécimens de la flore buccale, de nombreux microbes » (*séance de l'Acad. de médecine de Paris*,

10 mai 1881); Cornil décrit les micrococcus et les bacillus disposés en zoogloca et indique les moyens de les séparer de ceux de la cavité buccale (*Congrès scientifique*; session d'Alger, 1881).

Ces noms suffisent pour me rassurer sur l'exactitude de mes propres recherches.

Du moment où nous admettons la nature parasitaire de cet élément premier de la plaque diphthéritique, sa marche si étrange et si mystérieuse s'illumine tout à coup; non seulement nous pouvons nous en rendre compte, mais nous pouvons presque la prévoir : le protorganisme se *sème*, se *développe*, se *propage* et se *pourrit*. A la lumière de cette donnée qu'autorisent les faits et la physiologie, nous comprenons la contagiosité de la diphthérie, sa marche, ses débuts insignifiants, son innocuité lorsqu'elle reste localisée sur des surfaces étrangères aux voies aériennes, sa gravité croissante avec l'extension de ses productions dans le pharynx, sa malignité lorsque, les fosses nasales étant envahies, l'air, pour arriver aux poumons, doit se charger de détritus organiques à un degré de concentration effrayante; comprenons maintenant ce mot paradoxal de Trousseau : « L'existence des concrétions diphthéritiques dans les fosses nasales est un fait solennel; lorsqu'il survient, même dans les formes les plus bénignes au début, vous verrez rarement le malade guérir. » Quant à la forme croupale, elle s'explique plus facilement encore; elle doit surtout son excessive gravité à la présence des corps étrangers dans le larynx, quoique nous ne puissions faire abstraction de l'action sur les poumons d'un air profondément vicié.

Vous comprendrez, messieurs, qu'il m'est impossible, dans une simple lecture, de donner à chacune de ces ques-

tions les développements qu'elle comporte; je sens combien je suis incomplet, mais j'ai hâte d'arriver aux déductions thérapeutiques que j'ai cru pouvoir tirer de ces études.

Nous devons constater que la diphthérie emprunte la gravité qu'elle offre, dans l'angine maligne et le croup, à la localisation de ses productions spécifiques sur les voies aériennes ou dans le larynx. De là ma première conséquence, que c'est surtout à la *médication locale* que l'on doit s'adresser dans les débuts, sauf à rendre au traitement général son importance dans les périodes plus avancées du mal et lorsqu'il s'agit d'en combattre les effets.

Une deuxième conséquence : s'il est vrai que le facteur premier de la production diphthéritique est un protophyte parasitaire de la nature des champignons, nous devons chercher les agents de la première et principale médication parmi les substances qui détruisent ces protorganismes, qui en empêchent la reproduction et la putréfaction, réunissant ainsi les propriétés curatives et prophylactiques.

Le terrain ainsi limité, le choix devenait facile.

J'avais souvenir d'un opuscule du dr Loiseau, de Montmartre, recommandant le tannage contre le croup; j'avais lu avec le soin qu'il mérite le travail magistral de notre vénéré maître et collègue, M. Hairion, sur les propriétés du tanin; si mes observations étaient exactes, sur la marche et la nature de la diphthérie, le tanin offrait les meilleures conditions de succès; ce médicament est astringent, antiphlogistique, antiseptique; il précipite l'albumine, rend imputrescible toutes les matières organiques, se fixe avec elles dans des combinaisons insolubles; ces propriétés

assuraient son effet sur le développement et la propagation des protorganismes parasitaires; elles assuraient en tous cas l'innocuité des fausses membranes, à quelque degré de développement ou de putréfaction qu'on les prît. Je choisis aussi la forme de mucilage recommandée par M. Hairion; les effets du tanin sont rendus ainsi plus sûrs et plus permanents; du reste, le tanin en poudre reste trop granuleux, agit par places et est fort désagréable.

La formule dont je me sers depuis douze ans est celle-ci : 10 de tanin, 100 de mucilage de gomme; depuis quelque temps j'y ajoute 2 à 10 grammes d'alcool de menthe pour masquer la saveur et l'astringence du tanin.

Le mucilage est injecté à l'aide d'une seringue en verre; aussi longtemps que les productions parasitaires n'occupent que la bouche ou les amygdales, on peut se contenter d'injections faites par la bouche; mais aussitôt que l'on soupçonne les fosses nasales et la face postérieure du voile du palais de recéler quelque trace de fausses membranes, il faut injecter par les narines; il est rare maintenant que je ne le fasse pas; notre collègue, M. le professeur Hubert, a remarqué que les plaques diphthéritiques naissaient souvent derrière le voile du palais et s'y dissimulaient longtemps; cette observation justifie notre procédé.

Nous résumons les conditions d'une bonne application du remède dans ces deux points : 1° qu'aucune trace de fausse membrane ne puisse échapper à son action; 2° que les injections soient faites assez souvent pour qu'aucun travail de putréfaction ne puisse s'établir dans les protophytes ou leurs détritus.

La médication générale se borne à remplir quelques indications d'hygiène; elle ne reprend son importance que

si, appelé trop tard pour empêcher l'empoisonnement général, on avait à combattre les altérations du sang ou les symptômes nerveux qui en sont les suites.

Telles sont les bases d'une médication qui a donné une série de guérisons inconnues par toutes les autres méthodes.

Je donnerai en quelques lignes les applications aux formes principales de la diphthérie.

1° La production diphthéritique n'occupe qu'une portion de l'enveloppe cutanée ou des muqueuses étrangères aux voies aériennes. Dans ce cas, fort rare du reste, il suffit d'empêcher la propagation du parasite aux muqueuses d'élection en les détruisant sur place avec le tanin.

2° La fausse membrane occupe ou les amgydales, ou le pharynx, ou les fosses nasales. C'est l'*angine* qui deviendra plus ou moins *complète*, plus ou moins *maligne* selon l'étendue des productions. Quel que soit le degré de développement, nous faisons injecter toutes les deux heures le mucilage tannique par la bouche et les narines, n'éloignant les applications que lorsque nous sommes tout à fait maître des productions parasitaires. Dès les premières injections, les plaques, comme frappées de mort, se tassent, se resserrent et blanchissent; elles se limitent très nettement, un liséré rouge les encadre et semble les expulser; rejetées peu à peu par les injections tanniques, elles reparaissent une première ou une seconde fois, plus minces, plus discrètes et moins nombreuses. Du reste, quel que soit le degré de décomposition des magma diphtéritiques, toute odeur, toute putréfaction a disparu dès les premières injections.

3° Les fausses membranes, quel que soit leur point de départ ou le degré de leur développement, ont gagné le larynx; c'est le *croup diphthéritique*. En 1879, trop défiant en-

core des ressources de la médication que j'essayais, j'écrivais ces lignes : « quelque confiance que m'inspire le médicament, nous ne pouvons plus nous borner à son usage, par le motif qu'il devient bien difficile de le porter sur les surfaces atteintes ; ..... nous n'avons pas le droit de perdre en efforts inutiles les forces du malade; nous restons en présence de moyens différents : la méthode vomitive et la trachéotomie. » Eh bien! aujourd'hui je crois pouvoir promettre davantage; plusieurs cas de croup ont été traités par la méthode dont nous nous occupons : deux sont dus à M. le Dr Hubert; trois me sont personnels ; un m'est communiqué par M. le Dr Bertrand ; ils ont guéri. M. le professeur Hubert recommande, dans ce cas, de se servir du pulvérisateur qui permet de porter le mucilage tannique plus profondément dans le larynx ; il est certain que ce moyen ne peut être négligé. Dans les cas qui me sont personnels, j'ai porté la seringue le plus loin possible dans l'arrière-bouche, en la garantissant avec le doigt, et surtout, j'ai injecté largement par les narines ; tout praticien sait avec quelle facilité les liquides injectés en certaine quantité par cette voie pénètrent dans la glotte. J'ajouterai encore un mot, si le médecin est appelé à temps, si les fausses membranes n'ont pas encore envahi la glotte, on aura beaucoup de chance de les empêcher de suivre cette direction fatale en agissant avec rapidité et énergie ; enfin je rappelle que le tubage même du larynx a été tenté sans accidents par Loiseau; je crois donc qu'on pourrait, avec quelque instrument convenable, tenter de porter ce médicament innocent, quoique spécifique, dans le larynx ou la trachée. La trachéotomie reste comme dernière ressource.

Je croirais abuser des moments de l'Académie en lui

donnant les observations de tous les cas de diphthérie que j'ai recueillis et traités; plusieurs ont été publiés par le *Journal de médecine de Louvain*. M. le professeur Hubert, qui s'est fait l'ardent et bienveillant propagateur de notre méthode, a aussi fait connaître plusieurs cas fort remarquables en les accompagnant de considérations pratiques dignes du grand nom qu'il porte.

J'estime qu'il suffira de donner les chiffres d'une statistique qui s'enrichit chaque jour.

En 1879, j'avais réuni 59 cas de diphthérie graves : 57 guérisons et 2 insuccès dans des cas désespérés; depuis lors j'ai constaté 37 nouveaux cas, dont 1 seul insuccès.

M. le dr Bertrand, à Farciennes, m'a renseigné 24 cas de diphthérie dont 1 de forme croupale: 22 guérisons, 2 insuccès.

M. le dr Cassart, à Dinant, m'a fourni 22 cas, dont 2 insuccès dans des circonstances qui expliquent la mort : il s'agit, pour l'un, d'un enfant atteint de méningite tuberculeuse; pour le second, d'un sujet qui mourut d'une bronchite capillaire dans la convalescence.

M. le professeur Hubert, en 1879, avait réuni 23 cas, 23 succès.

M. le dr Moeller avait fourni 3 cas, 3 succès.

M. ledr Amand a eu à traiter 1 cas très grave, suivi de guérison.

En résumé, sur 169 cas graves de diphthérie, nous comptons 162 guérisons; des 7 insuccès, 4 doivent être écartés du passif de la méthode : l'un dans lequel « la méthode n'a pas été employée, et trois autres chez lesquels elle n'a été employée que chez des agonisants qu'elle n'a pas ressuscités, » comme le disait notre spirituel collègue, M. le professeur Hubert; de tels résultats ne justifient-ils pas ces

lignes qu'il écrivait en janvier 1881 : « administré en injection par les narines, le mucilage tannique suit la voie que le microbe a suivie et l'on a la certitude qu'il l'atteint dans tous les recoins où il peut s'être caché. L'injection de la solution tannique n'est pas douloureuse et elle ne présente ni dangers, ni difficultés. Ajoutons qu'elle est *infaillible :* nous pourrions l'établir aujourd'hui par plus de deux cents cas probants. » Je n'oserais rien ajouter à ce jugement que certains pourront trouver trop favorable. Dans le dernier n° du *Journal des sciences médicales de Louvain*, notre infatigable collègue et ami nous promet la publication « des témoignages qui sont venus un peu de tous les coins du pays déposer en faveur du traitement de la diphthérie par les injections tanniques. »

Je sais que dans le fond il n'y a rien de tout à fait neuf dans la médication que j'ai proposée : le tanin était connu contre les diphthéries; M. le professeur Hubert l'avait employé sous forme pulvérulente; je l'avais aussi essayé plusieurs fois mêlé avec le chlorate de potasse; Barthez, en 1860, l'avait essayé en inhalations; Trousseau lui-même l'avait cité. C'est donc moins le médicament que sa forme et surtout la méthode suivant laquelle il est employé qui constitue la nouveauté du traitement que je propose. Faut-il l'avouer, moi-même au début de mes essais — les premiers remontent à 1869 — j'étais étonné des résultats que je voyais se produire et hésitais à les attribuer à leur véritable cause. Cependant, en présence des succès incontestables et chaque jour plus nombreux que j'ai pu rassembler, je ne crois pas exagérer en répétant ce que je disais dans ma première étude : « J'ai donné au médecin une arme sinon nouvelle, au moins plus précise contre la diphthérie. » Le remède n'est

pas nouveau, mais la méthode et surtout les principes qui l'inspirent sont nouveaux; s'il y a illusion, on la pardonnera à mon désir d'être utile avant tout.

Il ne m'appartient point de critiquer ici le choix de quelque autre médicament pouvant, comme le tanin, remplir les indications qui ressortent de cette étude; je sais qu'il en existe un très grand nombre : perchlorure de fer, chlorate de potasse, jus de citron, salicylate, acide salicylique, acide phénique, phénates, coaltar, nitrate d'argent, etc. A mon sens, les uns sont insuffisants, les autres dépassent le but. A propos de ces derniers, je ne puis résister au désir de vous citer quelques lignes empruntées à notre savant et sympathique collègue, M. Hubert. Appréciant quelques-uns de ces moyens proposés depuis peu, il disait : « Les caustiques, sans doute, coagulent les fausses membranes mais, comme nous l'avons fait remarquer déjà, ils agissent tout autrement que le tanin sur les tissus environnants qu'ils corrodent, dépouillent de leur épithélium et dans lesquels ils laissent des plaies, c'est-à-dire le terrain le mieux préparé pour l'éclosion de nouveaux produits morbides. Et puis cautérisez donc avec précision — ni trop, ni trop peu, juste — un enfant de 2, 3 ou même de 6 ans!

» Cette opération m'apparaît si délicate et si difficile que je doute fort que personne l'ait jamais réussie. Et puis encore, qui donc oserait attaquer par les caustiques des parties inaccessibles au regard, comme les fosses nasales postérieures, le plafond du pharynx, la face supérieure du voile palatin ?

» L'injection d'une solution de tanin dans les narines, plutôt gênante que douloureuse, atteint tous ces points; elle est absolument inoffensive, et le patient en avalerait une

partie qu'il n'en résulterait encore aucun inconvénient.

» Donc plus de caustiques!

» Ne nous servons plus d'armes à feu dangereuses là où une solution antiseptique suffit. »

Terminons cette courte étude par une observation.

Nous avons établi une médication heureuse des diphthéries en nous appuyant sur deux données : la première, c'est la différence de marche et de gravité de la diphthérie, en raison du terrain sur lequel elle végète; j'estime qu'elle rencontrera peu de contradicteurs; la seconde c'est la présence d'un microphyte parasitaire, comme facteur premier et indispensable de la membrane diphthéritique; elle donne une explication naturelle de la première, mais je prévois les objections et les critiques qu'elle pourra rencontrer.

Malgré l'unanimité des observateurs les plus autorisés, malgré les résultats constants de nos propres recherches qui nous permettent d'affirmer *qu'il existe toujours des protorganismes dans la fausse membrane diphthéritique*, on nous dira d'abord que ces microphytes existent partout, et que d'ailleurs ils sont des résultats de la putréfaction diphthéritique; on ajoutera que rien n'établit la spécificité de ces microbes, puisque nous n'en avons point fait la culture.

A la première objection, nous pourrions répondre par les arguments cent fois reproduits à l'Académie de France par Pasteur et dans les travaux de Tyndal; contentons-nous de dire que ces éléments figurés se retrouvent à toutes les périodes d'existence de la plaque diphthéritique et de poser une simple question : pourquoi ne les retrouvons-nous jamais dans les angines inflammatoires, ulcéreuses, pultacées, herpétiques; dans les abcès des tonsilles, du voile du palais; dans les coryzas les plus aigus?

Mais nous n'avons point établi leur spécificité par la culture! C'est vrai; nous n'avons jamais isolé le microbe que tant de fois nous avons examiné sous notre microscope; aussi nous appelons de tous nos vœux cette dernière vérification; nous y convions ceux auxquels des loisirs plus heureux et des circonstances plus convenables permettent ces délicates et attrayantes recherches.

Quoi qu'il en soit nous savons qu'on nous reprochera de nous appuyer sur des vues théoriques.

Eh bien soit! Un mot cependant. N'est-on pas un peu trop sévère pour cette doctrine des contages animés qui féconde l'étiologie, en éclaire les points les plus obscurs, donne aux lois de l'hygiène publique ou privée une base scientifique, en dirige les applications contre l'infection et la contagion, permet à Lister et à la chirurgie moderne de tout oser. Il y a dans ces rigoureuses exigences un danger et un manque de logique : un danger, car on force le praticien à rester dans la routine de l'empirisme, on lui enlève toute initiative et tout esprit de recherche; un manque de logique, car les lois de l'induction doivent être tout aussi applicables à la pathogénie ou à la thérapeutique qu'aux autres sciences. Que le physicien, partant de l'hypothèse des ondulations, et que le chimiste, appuyé sur la théorie de l'atomicité, enrichissent les sciences de leurs fécondes applications, on applaudit à leurs découvertes et on trouve légitimes leurs ingénieuses déductions ; à nous seuls pathologistes, on défendrait ces puissants procédés de recherches et de progrès!

L'hypothèse a toujours dirigé l'expérience; le rôle de celle-ci c'est de vérifier l'hypothèse, sans cela l'expérimentation reste aveugle et le progrès impossible. C'est ainsi

qu'ont procédé tous les maîtres ; toujours une pensée directrice conduisait leurs savantes recherches ; rapporter les faits à leur cause, vérifier cette cause par l'expérimentation, c'est la marche logique de l'esprit humain ; il ne suffit point de constater les faits, il faut, disait Bacon, les *interpréter*.

« Il est évident aujourd'hui, disait Claude Bernard, que la médecine, outre son côté pratique, a aussi son côté théorique » dont il faut savoir user.

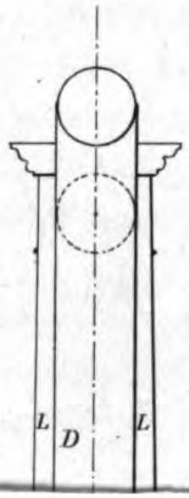
Pour moi, je ne crois pas devoir être plus sévère que Claude Bernard.

En 1872, appuyé sur la doctrine pathogénique des contages animés, je formulais les lois de la prophylaxie des fièvres typhoïdes et j'osais dire « *qu'on peut toujours arrêter sur place et rendre stérile tout premier cas de fièvre typhoïde, en anéantissant le contage animé rejeté de l'organisme.* » Je crois avoir le droit de maintenir cette assertion.

En 1879, appliquant la même doctrine à la diphthérie ; j'expérimente une méthode de traitement qui donne à moi et à plusieurs confrères, des résultats qui nous étonnent et réduisent à presque rien la mortalité dans cette redoutable affection. Qu'on nous présente une doctrine plus féconde ; en attendant, je ne veux pas être ingrat envers celle qui nous a donné ces résultats, et je me consolerai facilement des critiques, en pensant que j'ai pu contribuer à sauver quelques malades de plus.

L'Académie a compris la puissante fécondité de ce nouveau champ d'étude, en mettant au concours la question *du rôle des germes animés dans les maladies ;* je veux espérer que quelque compatriote répondra dignement à notre appel et inscrira un nouveau nom glorieux sur les fastes de la médecine belge.

POÊLE, BREVETÉ, A AIR C
DOUBLE ET VENTIL



4. NOTE sur le chauffage des salles d'école; par M. KUBORN, membre titulaire.

Je viens, messieurs, vous donner la description succincte d'un appareil de chauffage dû à M. l'ingénieur Jean Moreau, de Seraing. Il consiste dans une disposition spéciale de la circulation de l'air chaud et de la fumée; il réunit dans son ensemble, aux meilleures conditions de chauffage, celles de ventilation et d'économie.

Le système de M. Moreau se compose des parties suivantes :

1° D'un foyer intérieur A, surmonté d'une cloche B, en fonte à nervures, et de deux tambours superposés G et G′, en tôle de fer, dans lesquels se trouvent des lames inclinées, destinées à forcer la fumée à circuler dans tout l'appareil *(voir les flèches* a), pour se dépouiller d'une grande partie de son calorique et en retirer tout l'effet utile, avant de se rendre dans la partie supérieure du poêle L, où elle va se mettre en contact avec le tuyau d'appel D, pour activer l'évacuation de l'air vicié.

2° Une partie de l'air pur, amené sous le poêle par un canal E, qui prend l'air extérieur dans un endroit, le plus salubre possible, monte entre la paroi extérieure, la cloche et les tambours désignés ci-dessus : c'est la chambre de chaleur F.

L'autre partie de l'air pur s'élève dans deux tuyaux G G′, qui se réunissent en un seul H, à nervures, au-dessus du foyer.

Par cette double circulation, l'air ainsi chauffé s'échappe à la fois à la partie supérieure du poêle par les ouvertures J J′ et par la tôle perforée *(voir les flèches* b).

Avant son introduction dans les pièces, l'air desséché s'est imprégné d'une certaine quantité d'humidité, provenant de la vaporisation lente d'un anneau d'eau, contenu dans la moulure *a'*, *b'*, *c'*, située au pourtour supérieur du poêle.

3° L'air vicié qui, par sa pesanteur spécifique, occupe les parties basses des pièces, est attiré *(voir les flèches* c) dans un tuyau K, dont l'ouverture est un peu au-dessus du pavé, et qui, passant dans la chambre de chaleur F, continue à s'échauffer au contact du tuyau de fumée L et du double tuyau de cheminée M, pour s'échapper au faîte du toit.

L'air vicié est aussi attiré dans la cheminée et dans le tuyau D, par les ouvertures V V', ménagées dans la muraille derrière le poêle.

4° Pour activer le tirage, une ventouse O est établie sous le foyer, au-dessus du canal E.

Quels sont en principe les avantages que doit présenter ce système?

1° Renouvellement de l'air, saturé de l'humidité nécessaire, préalablement chauffé au contact du foyer et du tuyau de fumée.

2° Évacuation d'une partie de l'air vicié par un conduit spécial jusqu'au-dessus du toit, suffisamment chauffé par la chambre de chaleur, le tuyau de fumée et la cheminée d'appel ; tandis que l'autre partie, après avoir servi à activer la combustion, est éliminée par la cheminée.

3° Grande surface de chauffe, permettant de chauffer de grandes salles avec un petit foyer, muni d'une ventouse pour activer le tirage, tout en utilisant la partie supérieure de la flamme et de la fumée; d'où une grande économie de combustible.

Ventilation pendant l'été. — L'air pur, amené sous le poêle par le canal E, s'élèvera dans les pièces, refroidira les couches d'air les plus élevées, tout en éliminant les couches les plus basses qui seront attirées vers le poêle et vers les ouvertures V V', par l'effet d'un ventilateur James Howorth, placé à la partie supérieure du double tuyau de cheminée, au-dessus de la toiture qui aspirera l'air vicié des pièces.

Le poêle et la double cheminée ainsi disposés serviront l'été comme l'hiver.

Ce système de ventilation n'incommodera nullement les élèves: l'air extérieur, en passant dans les couches supérieures de la pièce, aura acquis une certaine température qui diminuera la vitesse du courant et en atténuera ainsi les effets.

Ajoutons qu'à un diamètre de 70 c., l'appareil produit un chiffre de calories suffisant pour chauffer à 17°, 18° et même au-delà, à l'aide d'une conduite, une salle située à l'étage.

La question si importante du chauffage et de la ventilation des salles d'école m'a paru, par le système de M. l'ingénieur Moreau, résolue d'une manière si satisfaisante et si économique, que je n'ai pas hésité à attirer sur son procédé l'attention de l'Académie.

Voici, au point de vue pratique, le résultat des expériences instituées.

Nous avons fait placer sept thermomètres à différentes hauteurs de la salle et à des distances variables du foyer.

A l'extérieur, le thermomètre marquait 14° c. à l'ombre; à l'intérieur, 15°.

L'hygromètre donnait 69° dans la salle.

Des expériences, auxquelles nous nous sommes livrés pendant deux heures, nous pouvons conclure, en effet :

1° Que l'air est *très rapidement* élevé à une température de 16 à 17° et que l'appareil est construit de façon qu'on puisse maintenir ce degré à volonté;

2° Que l'appareil ne dessèche aucunement l'atmosphère et permet de conserver le degré constant d'hygroscopicité nécessaire : 2 heures après le début des expériences, l'hygromètre n'avait pas varié de 0°,5;

3° Qu'il chauffe partout convenablement; car tandis qu'après une heure et demie d'expérience, à une hauteur de 2m50, le thermomètre marquait 20° c., à 1 mètre du sol, il en marquait de 16°5 à 17°, et 16° au niveau du sol;

4° Qu'aucun courant d'air sensible ne s'est manifesté dans la salle, à tel point qu'un morceau d'ouate fine, que j'avais aminci comme une toile d'araignée, a pu rester, pendant toute la durée des expériences, suspendu en équilibre parfait, à un mètre du plafond environ;

5° Que, d'après les indications anémométriques, la ventilation amène un renouvellement insensible de 1,600 m. c. minimum d'air pur par heure;

6° Qu'il ne se dégage de l'appareil aucun gaz, aucun produit de combustion;

7° Que la quantité de combustible consommée a été insignifiante, malgré un tirage non moins rapide que régulier. En effet, il a suffi de 10 kilogrammes et demi de charbon pour maintenir pendant huit heures la température entre 17° et 18°, l'appareil n'ayant été chargé qu'une seule fois.

En attirant sur ce système de chauffage la bienveillante attention de l'Académie, nous croyons que celle-ci ferait chose utile en transmettant cette note au Gouvernement.

— Ce travail sera imprimé dans le Bulletin et transmis

ensuite à M. le Ministre de l'Intérieur, conformément au vœu de l'auteur.

VI. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à 2 heures, l'Académie a entendu plusieurs membres sur le rapport de la commission qui a examiné, au point de vue des prix de 300 francs, les travaux qui lui ont été présentés en 1878.

Cette discussion sera continuée dans le comité secret de la prochaine réunion.

— La séance est levée à 2 heures et demie.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ALVARENGA (P. F. DA COSTA). Symptomatologie, nature et pathogénie du béribéri; traduit du portugais par le docteur E. Bertherand. Lisbonne, 1881 : vol. 8°.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES BRASSEURS BELGES. — Assemblée générale extraordinaire et réunion du Collége des commissaires et délégués, du 13 février 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

BRODIE (D.). Conditions requises pour réussir dans l'éducation des imbéciles; traduit de l'anglais par le docteur B. C. Ingels. Gand. 1881 ; 8°.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BRASSERIE, tenu à Bruxelles, du 12 au 16 septembre 1880. — Compte rendu des travaux. Bruxelles 1881 ; vol. 8°.

CONIL (P. A.). Efectos producidos por el rayo, el 30 de enero de 1881, en Cordoba (Rep. Arg.); traduccion de W. J. Rodriguez de la Torre. Cordoba ; 1881 ; 8°.

DESSART (J.-B.). Étude résumée de la maladie charbonneuse, considérée sous le rapport de la police sanitaire. Bruxelles, 1881 ; 8°.

DROIXHE (M.). Guide dans l'art d'élever et de soigner les petits enfants. — Leçons faites à l'École provinciale d'accouchements de Liége. Namur, 1881 ; vol. 8°.

ERCOLANI (G.). Sul parto pretermesso o mancato nelle femmine dei Myoxus glis e nella specie umana. Bologna, 1881 ; 8°.

GAILLIARD. L'homœopathie à l'Académie de médecine de Belgique en 1881. — Le rapport de la Commission chargée d'apprécier le mémoire de M. le docteur Stappaerts, intitulé : *Examen du système de Hahnemann ; le vitalisme et le matérialisme en médecine.* — Réfutation, Bruxelles, 1881 ; 8°.

GUÉRIN (J.). OEuvres. — 1re, 2e et 3e livraisons. Paris, 1880 ; 2 vol. 8° et atlas 4°.

IMPERIAL MARITIME CUSTOMS. — Medical reports,for the half-year ended 30 th. September 1880. 20 th. Issue. Shanghai, 1881 ; 4°.

KAYSER (A.). Rapport sur les travaux du Comité local de salubrité

publique de Schaerbeek, pendant l'année 1879-1880. Schaerbeek 1881 ; 8°.

KLEBS (E.). Der Bacillus des Abdominaltyphus und der typhöse Process. Leipzig ; 8°.

— Ueber ansteckende Krankheiten. Leipzig ; 8°.

— Pathologie und Therapie der Diphtheritis. Wien, 1880 ; 8°.

— Bacterien. Wien ; 8°.

— Literarischer Anzeiger. Leipzig ; 5 br. 8°.

— Bacillus. Wien ; 8°.

KOCH. Avis relatifs à l'aliénation mentale, à l'usage des gens du monde ; traduit de l'allemand par le docteur B. C. Ingels. Gand, 1881 ; 8°.

LIGUE INTERNATIONALE DES ANTI-VACCINATEURS. — Compte rendu de la première session contre la vaccination obligatoire. Paris, 1881 ; vol. 8°.

MASOIN (E.). Rapport fait à l'Académie royale de médecine de Belgique, au nom de la Commission à laquelle a été renvoyée la nouvelle édition de l'ouvrage de feu Guislain sur les phrénopathies, annotée et publiée par le docteur Ingels, Bruxelles, 1881 ; 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Circulaire à MM. les Gouverneurs concernant la trichinose. — Rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique sur la trichinose Bruxelles, 1881 ; 4°.

— Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1875. 7e fascicule. Bruxelles, 1881 ; vol. 8°.

— Bulletin du Conseil supérieur d'agriculture. — Situation de l'agriculture (année 1879). Tome XXXIII. Bruxelles, 1881 ; vol. 4°.

MŒLLER. Les travaux à l'air comprimé. Bruxelles, 1881 ; 8°.

PAVESI (C.). Applicazione del cloralio canforato negli accessi di mania furiosa. Milano, 1881 ; 8°.

PIGEON (C.). Lettre à Messieurs les députés relativement au projet de loi sur les vaccinations obligatoires. — Contre-projet. Nevers, 1881 ; 8°.

REPORT (Thirty-eighth annual) of the Managers of the State Lunatic Asylum, Utica N. Y., for the Year 1880. Albany, 1881 ; 8°.

VAN BENEDEN (E.) et VAN BAMBEKE (C). Archives de biologie. Tome I. Gand, 1880; 4 fascicules in-8°.

VOVARD. De la grippe; sa pathogénie. — Réponse à M. le professeur Augier, de la Faculté libre de médecine de Lille. Paris, 1881; 8°.

WASSEIGE (A.). Des opérations obstétricales; cours professé à l'Université de Liége. Liége, 1881; vol. 8°.

SÉANCE DU 25 JUIN 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.



—

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente assemblée, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

— M. le Ministre de l'Intérieur a adressé pour l'Académie :

1° Une expédition de l'arrêté royal du 16 mai 1881, qui nomme membres du jury, pour la cinquième période (1876-1880) du concours quinquennal des sciences médicales, MM. Boddaert, Crocq, Deneffe, Depaire, Kuborn, Masoin et Thiry. — Pris pour notification.

2° Divers documents, comme suite à ceux communiqués précédemment, concernant les maladies infectieuses qui ont sévi ou qui sévissent encore dans certaines contrées de l'Asie, de l'Afrique, etc. — Ces documents ont été transmis à la commission des épidémies.

3° Trois exemplaires du rapport de MM. Crocq et Kuborn, délégués du gouvernement belge au Congrès international d'hygiène de Paris, en 1878. — Remerciements.

4° Un exemplaire du onzième rapport annuel du col-

lége médical de Saxe pour l'année 1879 (en allemand). — Remerciements.

— M. le professeur Joseph Skoda, membre honoraire depuis 1872, est décédé à Vienne, le 13 juin 1881, dans sa 76e année.

— M. Wasseige, correspondant, soumet à l'Académie, de la part de l'auteur, M. le dr Vanden Bosch, assistant à l'Université de Liége, un travail manuscrit intitulé : *Observation d'un bassin cyphotique, etc.* — Commissaires : MM. Deneffe et Pigeolet.

— M. le dr Semal exprime le désir que le mémoire qu'il a soumis à l'Académie sur les psycho-névroses dyscrasiques lui soit renvoyé, afin de le compléter. — Adopté.

— L'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts adresse un exemplaire de la première partie du catalogue de sa bibliothèque et le programme des concours ouverts par la classe des sciences pour 1882 et 1883. — Dépôt à la salle de lecture.

— L'*American neurological association* fait également parvenir le programme de son concours pour un prix de 500 dollars qu'elle décernera dans sa séance de juin 1882, sous le nom de *William-A. Hammond prize*, à l'auteur du meilleur essai sur les fonctions du thalamus chez l'homme.

— MM. Thiernesse et Wehenkel, à Cureghem ; MM. Crocq, à Bruxelles, et Kuborn, à Seraing ; MM. Melsens, à Bruxelles ; Lavocat, à Toulouse ; de Mooij, à Doesberg ; Krishaber, à Paris ; Pavesi, à Mortara ; Robyns, à Paris et Rosini, à Pise, offrent des publications dont les titres sont indiqués au paragraphe : Ouvrages présentés.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs de ces dons.

II. — LECTURE ET RAPPORT.

(M. Lefebvre, premier vice-président, remplace M. Thiry au fauteuil de la présidence.)

I. HERNIE INGUINALE constituée par la plus grande partie de la masse intestinale. — Taxis et compression progressifs, périodiquement répétés pendant quatre mois. — Réduction et guérison ; par M. THIRY, membre titulaire.

Messieurs, la communication que je vais avoir l'honneur de vous faire ne se rattache pas à une opération qui étonne par sa hardiesse ou sa nouveauté; ses prétentions sont plus modestes : elle a pour but d'attirer votre attention sur une opération fort simple, plus connue que bien comprise, et qui pourtant, dans des circonstances où la vie peut être compromise, donne des résultats inespérés; je veux parler du taxis, ou pour mieux rendre ma pensée, de la compression méthodique, continue et temporaire, appliquée à la réduction des hernies volumineuses, anciennes, constituées par la sortie de presque toute la masse intestinale.

Des ruptures semblables constituent toujours une pénible infirmité contre laquelle on n'oppose, habituellement, que des moyens palliatifs, parce que, en raison même de la masse herniée, on les considère comme irréductibles. Je veux réagir contre la cause de ce cruel abandon, en démontrant, contrairement à la croyance générale, que ces hernies sont, la plupart du temps, réductibles et que le taxis compressif est capable, lorsqu'il est appliqué méthodiquement et avec la ferme volonté de réussir, de les faire rentrer

progressivement, même lorsqu'elles ont acquis des proportions considérables et qu'elles datent de plusieurs années.

Les hernies de l'espèce de celles dont je vais vous entretenir sont rares, et cette rareté se comprend; elles existent pourtant; il y en a même une, assez remarquable, celle de l'historien Gibbon que je me permettrai de vous résumer dans le but d'établir que la réductibilité de ces hernies énormes est souvent possible, et afin de mieux faire ressortir l'importance et l'efficacité de la méthode que je crois devoir recommander.

Gibbon, dit Astley Cooper (1), portait depuis 30 ans, une hernie scrotale gauche dont il ne s'était jamais plaint et dont il n'avait jamais cherché à prévenir l'accroissement. En 1793, pendant l'été, la tumeur étant devenue douloureuse, il s'alarma et consulta sir Walther Farguhar et Cline. La tumeur avait un volume extraordinaire, elle s'étendait jusqu'au genou et offrait une largeur considérable à son point de réunion avec l'abdomen. On constatait une collection liquide à la partie inférieure de cette tumeur. En novembre 1793, on fit la ponction de celle-ci et on en retira une grande quantité de liquide. Quinze jours après, une nouvelle ponction fut pratiquée et l'on retira trois pintes de sérosité. Six semaines plus tard, la peau qui recouvrait la tumeur s'étant enflammée et menaçant de s'ulcérer, on renouvela la ponction. Cette opération eut lieu le 3 janvier 1794; elle donna issue à six pintes de liquide. Deux jours après, le patient éprouva des douleurs à l'épigastre, dans l'abdomen et dans la tumeur. Il passa une nuit agitée; le lendemain matin, à son lever, il parut moins souffrant et plus dispos;

(1) *Œuvres chirurg. d'A. Cooper. — Hernies.* 192e observ.

mais, quelques heures après, il perdit connaissance et expira, vers 11 heures.

Comme vous le voyez, messieurs, cette hernie fut considérée par Cline et Astley Cooper comme irréductible, et ces célèbres chirurgiens ne crurent devoir faire aucune tentative de réduction pour remédier à une infirmité aussi dangereuse; cependant, ainsi que va le prouver l'autopsie, en dehors du volume de la hernie, on ne trouva aucune des altérations pathologiques auxquelles, ordinairement, on rattache l'irréductibilité absolue.

En effet, dit Astley Cooper, presque tous les intestins étaient sortis du ventre, ainsi que l'épiploon tout entier. Il n'y avait, quant au canal intestinal, que le duodénum et le cœcum exceptés. Le pylore lui-même était descendu jusqu'à l'orifice du sac herniaire; toutes les parties déplacées étaient chargées de graisse et enflammées. Le sac descendait jusqu'au genou, son orifice pouvait admettre la main. Au-dessous du sac se trouvait une cavité distincte, renfermant le testicule, qui n'était rien autre que la tunique vaginale. Le pénis était profondément enfoncé dans la tumeur et l'urine ne pouvait être évacuée qu'en coulant goutte à goutte sur la surface du scrotum qu'elle excoriait.

Quel que soit, messieurs, le soin que vous mettiez à analyser cette autopsie, vous n'y trouverez aucune des lésions qui déterminent forcément l'irréductibilité. A la vérité les parties déplacées étaient surchargées de graisse, les masses herniées avaient perdu leur droit de domicile et la cavité abdominale s'était rétrécie, mais toutes ces modifications ne s'opposaient pas nécessairement à la réduction. Un fait remarquable qui découle de cette observation, c'est que l'on ne constate aucune trace de péritonite herniaire, et

cela se conçoit, du moins dans la grande majorité des cas, parce que, dans les hernies de cette dimension, le péritoine se distend petit à petit, acquiert plus d'épaisseur et perd de sa sensibilité; de plus les intestins déplacés reprennent ordinairement dans la cavité du sac une position à peu près analogue à celle qu'ils ont dans l'abdomen; le collet du sac étant très dilaté, la circulation se fait librement dans la hernie qui, en raison de son volume, force les malades à s'entourer de précautions. Dans de telles conditions et pour les raisons que je viens d'énumérer, je puis, me semble-t-il, légitimement conclure que la hernie de Gibbon était réductible, surtout si l'on avait agi dans ce sens, avant l'apparition des symptômes qui ont été si promptement mortels. Je vais plus loin, je soutiens que le taxis compressif seul pouvait aboutir à cet heureux résultat sans compromettre le moins du monde la vie du malade.

Je vais, messieurs, justifier cette affirmation en vous rapportant l'observation suivante qui a la plus grande analogie avec celle d'Astley Cooper, et où le taxis compressif a eu le succès le plus complet après trois mois et demi d'application.

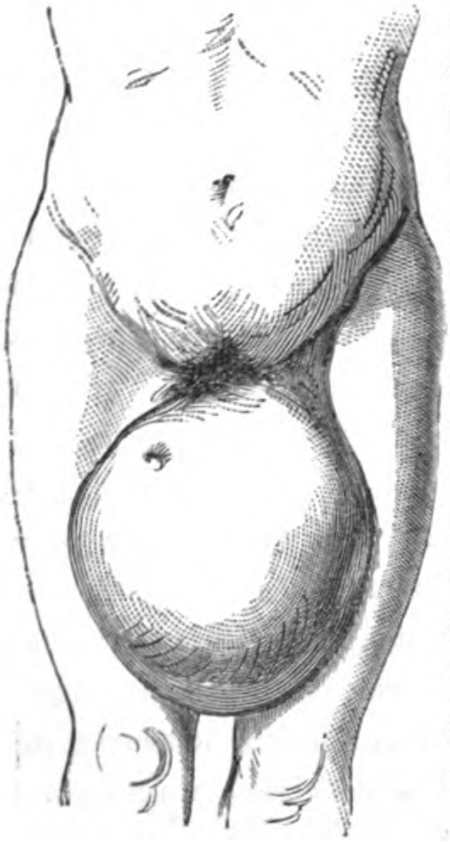
Le 18 mai 1880, M. le dr De Bressy, de Mons, m'amène un de ses clients, M. J... âgé de 42 ans, de taille moyenne d'un tempérament sanguin et de constitution robuste. Ce malade, depuis vingt ans portait une tumeur excessivement volumineuse partant de la région inguinale droite et descendant dans les bourses qu'elle distendait considérablement. Jamais il n'avait opposé de médication sérieuse au développement de cette tumeur, qui mesurait 67 centimètres de contour, dans son diamètre transversal, qui, en longueur, arrivait à 2 c. du genou, et qui, au niveau de l'anneau

inguinal d'où elle émergeait, avait 26 c. de circonférence. Le canal inguinal n'exerçait plus aucune pression capable de gêner la circulation ; les secousses de la toux ne distendaient point la tumeur, et une compression modérée ne diminuait pas sensiblement son volume. A la partie supérieure de cette tumeur, on constatait de la résistance et la peau était distendue; à sa partie moyenne, la densité était inégale : ici elle était compacte, là dépressible, enfin, à sa base les doigts percevaient une sensation de fluctuation. Dans son tiers inférieur, le scrotum était aminci, luisant, les follicules sébacés étaient effacés et les veines peu apparentes. Les testicules repoussés se trouvaient à gauche et le pénis, déplacé de ce côté, semblait enchassé dans la tumeur ; aussi la miction s'opérait-elle difficilement, l'urine excoriait les bourses et le patient devait se servir d'un urinoir. A la région hypogastrique, les parois abdominales étaient infiltrées de graisse, tandis que les régions épigastrique et ombilicale étaient aplaties et semblaient attirées en bas; on voyait facilement que la cavité de l'abdomen avait perdu de son amplitude. Nonobstant ces modifications excessives apportées dans la situation et les rapports des organes digestifs, l'appétit se maintenait et les digestions, la plupart du temps, s'opéraient régulièrement; mais la marche était pénible, fatigante; le malade, pour dissimuler sa difformité, devait porter des vêtements très larges et très longs, ce qui le rendait morose et le dégoutait de la vie.

Le moindre doute n'était pas possible : nous avions affaire à une énorme hernie inguinale, formée en grande partie par l'intestin et par un peu d'épiploon. D'autres éléments n'entraient-ils pas dans sa composition? Je ne voulus point trancher immédiatement cette question. Lors même que

M. De Bressy et moi eussions été certains que nous n'avions affaire qu'à une entéro-épiplocèle, il nous restait à bien préciser à quel procédé nous aurions recours pour le problème exceptionnel que nous avions à résoudre. En conséquence, dans le but d'évacuer le liquide que nous constations à la partie inférieure de la tumeur, je priai M. De Bressy de pratiquer une ponction avec un trocart à hydrocèle. Cette ponction nous donna seulement un verre à vin de liquide, mais nous permit de reconnaître une large poche que nous crûmes formée par la tunique vaginale. Comme j'étais souffrant à cette époque, je renvoyai le malade à Mons et je dis mon à confrère que, quand je serais complètement rétabli, je l'en préviendrais.

Impatient d'être débarrassé de son infirmité, le malade revint me voir le 27 mai. A cette date, la tumeur offrait les dimensions et la configuration que reproduit assez exactement la planche ci-contre (fig. I).



Après avoir recommencé nos investigations avec le plus grand soin, M. De Bressy et moi fûmes d'accord que la tumeur était en grande partie formée par l'intestin dont les anses s'étaient successivement déplacées. Il y avait bien une certaine quantité d'épiploon à la partie supérieure et interne de la

tumeur, mais cela nous importait peu, nous ne devions en tenir aucun compte quant à la conduite que nous avions à suivre.

D'accord sur les éléments constitutifs de la tumeur, il nous restait à déterminer si cette hernie était réductible et, dans l'affirmative, à arrêter le procédé que nous suivrions pour la réduire. Pour ce qui me concernait, je n'hésitai pas à dire que je croyais à la réductibilité. J'avais d'abord, en faveur de cette opinion, l'analogie qui existait entre la hernie de notre patient et celle rapportée par Astley Cooper. De plus, l'absence de troubles digestifs et de péritonite herniaire antérieure, l'effacement du canal inguinal et les vastes proportions de ses anneaux, ce qui permettait la libre circulation du sang, me confirmaient dans mon opinion. A mon avis, les seules difficultés que nous aurions à surmonter se trouvaient uniquement dans le volume des masses herniées et dans la diminution des dimensions de la cavité abdominale. Toutefois, il n'y avait pas à penser à une opération sanglante, le *taxis compressif* seul était capable de réduire la hernie, et dans le cas où, contre mon attente, il y aurait irréductibilité, ce moyen n'exposerait le malade à aucun danger.

Quelle était la méthode à suivre pour pratiquer le taxis et pour réduire cette ancienne et vaste tumeur herniaire? Prétendre obtenir la réduction en une seule séance était impossible, et puis cela eût été dangereux; la cavité abdominale étant rétrécie, on ne pouvait espérer de lui rendre sa capacité normale qu'en faisant rentrer successivement, par un taxis répété à des époques plus ou moins éloignées, une certaine quantité d'intestin, de manière à ce que la première portion réduite préparât la place à une seconde, et ainsi de

suite jusqu'à complète réduction. Dans ces conditions, le replacement des masses intestinales dans la cavité abdominale coïncidait exactement avec le rétablissement de sa capacité physiologique; pour réduire la hernie, on procédait par une progression inverse de celle qu'elle avait suivie pour se former.

Ce résultat ne pouvait s'obtenir qu'à une condition : c'est que chaque partie de la tumeur réduite par le taxis compressif serait, à chaque séance, invariablement maintenue réduite par un appareil contentif spécial qu'il fallait nécessairement inventer pour ce cas exceptionnel. A cet effet, j'appelai notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. G. Clasen, à venir examiner le malade et à confectionner cet appareil qui devait consister dans une ceinture abdominale très résistante et dans une capsule élastique très solide et proportionnée au volume de la tumeur, capsule qui serait fixée, en avant et en arrière, par des lanières à la ceinture abdominale et qui s'opposerait au déplacement de la portion d'intestin qui aurait été réduite. M. Clasen devait prévenir le malade du jour où il pourrait mettre l'appareil à sa disposition.

Le 22 juin, cet appareil étant terminé, le malade revient à Bruxelles et je commence immédiatement l'application du taxis compressif. Le patient étant mis dans une position convenable, M. Clasen circonscrit et fixe avec ses deux mains le pédicule de la hernie, et M. De Bressy soutient la tumeur, tandis qu'avec les deux mains je l'embrasse en les rapprochant le plus possible du collet du sac. J'exerce une compression d'abord douce, puis petit à petit un peu plus forte. M. De Bressy applique la main droite sur le sommet de la tumeur et je lui recommande d'exercer une

pression oblique de bas en haut, lorsque je le lui dirai. La résistance est considérable. Après une demi-heure de compression régulière, je sens enfin une diminution de volume à la base de la tumeur; M. De Bressy presse doucement, et je ne tarde pas à reconnaître qu'une certaine quantité d'intestin est rentrée dans le ventre, ce qui nous est confirmé par les plaintes du malade accusant un malaise indéfinissable. Aussitôt nous cessons l'opération et nous appliquons l'appareil qui doit maintenir dans le ventre la portion réduite. Après un peu de repos, le malade repart pour Mons dans les meilleures conditions.

Le 24 juin, nonobstant un repos absolu, il a éprouvé d'assez vives douleurs dans le ventre; anorexie; gardes-robes régulières. L'appareil a été bien supporté et ne s'est pas dérangé. Nouvelle séance de taxis compressif qui dure une demi-heure. Nous n'obtenons qu'un résultat insignifiant, aussi ne changeons-nous pas de capsule.

5 *juillet*. Le malade est dans une position satisfaisante. Le voyage de Mons à Bruxelles l'a moins fatigué que la dernière fois. Nouvelle séance de taxis compressif. Après une demi-heure, une nouvelle quantité d'intestin rentre dans le ventre; aussitôt le malade se plaint de douleurs abdominales et a des tendances à la syncope. Application d'une capsule plus étroite. En me quittant, le malade se plaint de marcher difficilement. C'est avec peine qu'il entre dans la voiture qui doit le conduire à la station. J'ai omis de dire que M. Clasen avait préparé plusieurs capsules de rechange qui toutes avaient un centimètre de moins tant en profondeur qu'en largeur.

13 *juillet*. Nouvelle séance de taxis compressif de trois quarts d'heure. Rentrée d'une certaine quantité d'intestin.

Nouvelle capsule. Situation satisfaisante. La tumeur a visiblement diminué de volume.

28 *juillet*. Taxis compressif d'une demi-heure. Rentrée d'une portion d'intestin suivie de gargouillement; malaise, mais peu de douleur; le malade n'éprouve plus aucun trouble digestif; il est très satisfait; mais la marche est pénible. Nouvelle capsule. M. Clasen préparera pour la séance prochaine une nouvelle ceinture abdominale, le ventre se modifiant dans sa configuration.

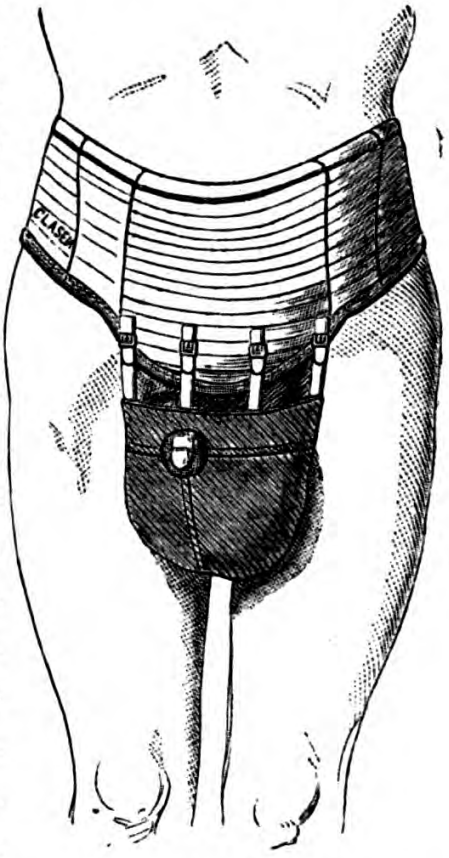
4 *août*. On change de ceinture. Taxis compressif d'une demi-heure; résultat insignifiant; même capsule; état général satisfaisant. Marche fatigante. J'insiste sur la continuation du décubitus horizontal.

11 *août*. Même traitement, même résultat : une petite quantité d'intestin est réduite. Application de la même capsule, au fond de laquelle on place un feuillet de ouate. Miction toujours très pénible; excoriations scrotales. Glycérolé au sous-nitrate de bismuth.

23 *et* 26 *août*. Même traitement; nous ne parvenons à réintégrer dans l'abdomen qu'une petite quantité d'intestin; cependant la tumeur a tellement diminué que nous annonçons une guérison prochaine. La cavité du ventre se développe. Les parties réduites sont maintenues aussi exactement que possible.

28 *août*. Taxis compressif d'une demi-heure. Une forte portion d'intestin est réduite; la réduction est accompagnée de gargouillement. Je crois même que nous serions parvenus à faire rentrer toute la masse herniée, si le patient ne nous eût prié de cesser la compression, parce qu'il ressentait un malaise considérable, accompagné de douleurs dans le bas-ventre. Presque toujours ces symptômes se produi-

saient quand nous réduisions une quantité d'intestin qui n'était pas proportionnelle aux dimensions de l'abdomen. Je conseille au malade de rester à Bruxelles, afin de nous permettre de renouveler tous les jours le taxis et de le prolonger moins longtemps. A la date du 28 août, la tumeur n'était plus reconnaissable, on peut s'en faire une idée en jetant un coup-d'œil sur la planche ci-dessous (fig. II).



A partir du 29 août jusqu'au 10 septembre, le taxis compressif fut pratiqué tous les jours; seulement les séances étaient de courte durée et amenaient néanmoins, chaque fois, une diminution notable de la tumeur. Inutile de vous dire que les difficultés d'application avaient disparu et que nous maintenions rigoureusement le retrait de la tumeur avec des capsules progressivement plus petites.

10 *septembre*. Le malade se trouvant très dispos et désirant en finir le plus tôt possible, je prends la résolution de prolonger cette fois la séance jusqu'à réduction complète. Le succès couronna nos efforts et notre persévérance. Après quarante-cinq minutes de taxis, toute la hernie, y compris le sac, rentre enfin bruyamment dans la cavité abdominale. Aussitôt, j'enfonce le poing dans l'ouverture de l'anneau, je place le patient dans une position déclive, de telle

sorte que la tête se trouve plus bas que le bassin, tandis que M. De Bressy reporte la totalité du ventre en haut. M. Clasen qui, d'avance, avait confectionné un bandage herniaire solide, à pelote *triangulaire très large, fortement convexe*, l'applique immédiatement. Par une chance heureuse la pelote du bandage qui s'enfonce profondément dans l'orifice inguinal, le bouche à peu près hermétiquement et met ainsi un obstacle insurmontable à la récidive de la tumeur herniaire. Pour débarrasser les intestins, j'administre un purgatif salin et recommande un régime doux, plutôt liquide que solide, et le repos au lit.

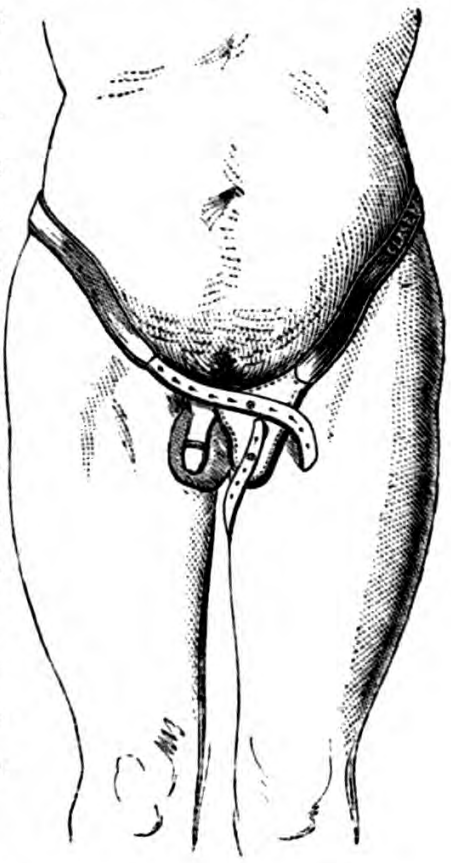
Examinant les bourses, nous les trouvons absolument vides. Les testicules sont à peu près juxta-posés, reportés en arrière et à gauche; le scrotum forme une vaste poche à parois rapprochées, d'un aspect fort singulier: le méat urinaire est pour ainsi dire perdu au milieu des replis scrotaux. Avec le temps ces parties, déformées actuellement, reprendront leurs dispositions normales.

A partir du 10 septembre, le malade ne présenta plus rien qui mérite de vous être signalé; seulement un jour qu'il avait soulevé la pelote de son bandage pour rafraîchir la région inguinale, une petite portion d'intestin s'échappa, mais elle fut de suite refoulée avec la plus grande facilité. Le 17 septembre, le malade de M. De Bressy retournait à Mons, débarrassé enfin d'une infirmité qui, depuis 20 ans, compromettait son existence.

Maintenant, messieurs, je vous dirai que pendant toute la durée du traitement, le malade ne présenta d'autres troubles dans les voies digestives que de l'inappétence et parfois de la constipation que je conjurai toujours au moyen d'un purgatif salin. Ce qu'il fallait surtout

éviter après la réduction, c'était la reproduction de la hernie; j'ai heureusement évité cet écueil en recommandant au malade de ne point toucher à son bandage en dehors de l'intervention de son médecin; de plus, je lui fis confectionner deux bandages à ressorts puissants qu'il devait porter alternativement, de manière à en conserver l'énergie d'action.

Deux mois après la réduction, au mois de novembre, je revis M. J.... La réduction s'était parfaitement maintenue. M. J... était transformé, il avait repris ses occupations, il marchait facilement et s'habillait comme tout le monde; bref, il était heureux de vivre et proclamait son bonheur. Le pénis avait repris sa longueur et sa position, et si le scrotum offrait encore des dimensions exagérées, il était toutefois fort rétracté (voir fig. III) (1).



Incontestablement, me semble-t-il, ce cas possède une grande valeur scientifique et pratique, surtout quand on se rappelle l'observation d'A. Cooper que je viens de résumer. Quelles conclusions doit-on en tirer? Les suivantes me paraissent fondées.

1° Les hernies anciennes, volumineuses, constituant une sorte d'éventration, sont

(1) La hernie ne se trouve pas à la région inguinale gauche, comme l'indiquent par erreur les fig. I et III, mais à la région inguinale droite.

réductibles dans la grande majorité des cas; dès lors, l'indication formelle est de chercher à les réduire.

2° Le volume considérable d'une hernie n'est jamais une contre-indication à la réduction, seulement pour l'obtenir, il faut beaucoup de temps et certaines précautions.

3° La diminution de la capacité de la cavité abdominale dans les hernies anciennes, formées par la sortie d'une grande partie de la masse intestinale, ne s'oppose jamais à une réduction lente, méthodique et progressive.

4° En rentrant en petite quantité à la fois dans le ventre, les parties herniées reprennent petit à petit leur droit de domicile.

5° Le meilleur procédé de réduction est ce que j'appelle *Taxis compressif*, c'est-à-dire celui qui ne replace dans leur position naturelle que les parties qui ont été préalablement dégorgées, à commencer par celles qui sont sorties les dernières.

6° Dans les hernies de l'espèce, il faut, pour contenir les parties réduites, une capsule en tissu élastique, proportionnée à la diminution de la tumeur, et que l'on fixe à une ceinture abdominale.

7° Quand la hernie est complètement réduite, la pelote du bandage définitif, à convexité développée, doit pénétrer dans les anneaux et se modeler sur leurs dimensions.

(M. Thiry reprend la présidence).

2. RAPPORT de la commission des épidémies sur les documents relatifs aux maladies infectieuses qui sévissent dans certaines contrées de l'Asie, etc., soumis à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur. — M. LEFEBVRE, rapporteur.

Messieurs, dans sa séance du 21 mai dernier, le Bureau

de l'Académie a pris la résolution d'écrire à M. le Ministre de l'Intérieur pour le prier de communiquer à la Compagnie tous les documents que le gouvernement aurait reçus et pourrait recevoir encore sur la peste qui règne en Mésopotamie.

M. le Ministre, déférant à cette demande, nous a adressé successivement une série de dépêches qui constituent dès aujourd'hui un dossier considérable.

Votre bureau a pensé que les questions de cette nature ont un caractère d'urgence. Il importe de suivre d'un œil attentif les épidémies de peste qui éclatent dans les contrées qui en sont le berceau habituel. Ce n'est pas une simple question de curiosité savante. Sans doute, nous avons la ferme confiance que la maladie qui ravage en ce moment les rives de l'Euphrate, dans les environs de l'antique Babylone, ne se propagera pas au loin ; mais il ne faut pas oublier que les épidémies de peste qui ont désolé périodiquement l'Europe, depuis les temps hippocratiques jusqu'au commencement de ce siècle, sont parties de l'Orient et qu'elles ne se sont propagées vers la partie du monde que nous habitons, que parce qu'on a négligé de les étouffer à leur début, alors qu'il eût suffi pour ainsi dire de mettre le pied sur le foyer circonscrit qui était le point de départ de l'incendie ou de lui opposer des barrières sérieuses, quand il avait déjà pris quelque développement.

Accédant au désir du bureau de l'Académie, j'ai préparé, en qualité de membre de la commission des épidémies, un avant-projet que cette commission a approuvé. Je vous apporte ce travail admis par mes honorables collègues, MM. Pigeolet, Kuborn, Thiernesse et Janssens.

Ce rapport consiste dans l'analyse des documents qui

nous ont été envoyés par le gouvernement. Nous nous proposons, si l'Académie le trouve bon, de continuer l'analyse des documents de ce genre, au fur et à mesure qu'ils nous arriveront, nous réservant de vous présenter plus tard un travail d'ensemble sur la question (1).

Lettre du 15 *décembre* 1880 du vice-consul de Bathurst, relative à la quarantaine imposée dans ce port aux navires du littoral compris entre les 13° 36′ et 16° 2′ latitude nord de la côte occidentale d'Afrique.

Empire Ottoman. — Dépêche de M. le dr Zitterer, inspecteur sanitaire à Bagdad, du 2 mars 1881. — Il annonce que la peste bubonique s'est déclarée dans la tribu El Zayad. De là elle s'est propagée à Chémafié parmi les bedouins du voisinage; a atteint le mudirlik de Djaara et a pénétré à Nédjeff au bout de 3 jours.

La maladie a aussi atteint Kufé.

Ordre fut donné de soumettre à une quarantaine, à Musseyeb, Mohavil et Semawa, les navires provenant des lieux infectés, par voie de l'Euphrate.

On soupçonne la maladie à Kerbella.

On fera fonctionner le lazaret de Musseyeb.

3 *mars* 1881. — On surveille Chamieh, Hillé et Hyndieh.

4 *mars*. — La peste est à Djaara et parmi les nomades de cette localité. On établit des quarantaines à Musseyeb, Mohavil et Semawa et la visite des arrivants à Hyndieh et Kiraré.

(1) Comme je l'ai dit tout à l'heure, les dépêches ministérielles concernant la peste orientale forment un dossier volumineux. Je ne serais pas parvenu, à si bref délai, à classer ces dépêches, à en résumer le contenu, à contrôler des dénominations géographiques tout à fait étrangères à nos études habituelles, et enfin à dresser la petite carte épidémiologique jointe à ce travail, si je n'avais été assisté par deux de mes élèves, M. Severin et M. Bonhomme, à qui j'exprime ici ma reconnaissance.

6 *mars*. — De nombreuses mesures sont prises. La peste règne à Djaara et à Nédjeff.

8 *mars*. — Des mesures sont prises autour des foyers de la peste à Nédjeff, Djaara et autres localités. Des corps d'armée surveillent activement l'Euphrate et ses rives. Des escouades parcourent le pays entre Kiazem et Mohavil, et entre Mohavil et Bagdad.

10 *mars*. — La maladie de Djaara est bien la peste bubonique. Elle commença par la tribu El-Zayad, à la fin de septembre 1880, se propagea à Chemafié en novembre, puis en janvier, à Djaara situé à trois heures de Nédjeff.

Des pluies abondantes ont fait déborder l'Euphrate, dont les eaux se répandent dans les rizières. Il est à craindre que vers la fin de mars leur sol détrempé ne répandent des miasmes qui contribueront aux progrès de la peste.

Le transport des cadavres est prohibé à Kerbela et à Nédjeff.

11 *mars*. — La peste continue à Nédjeff et à Djaara.

14 *mars*. — Surveillance et cordons dans les pays atteints.

16 *mars*. — La peste continue à Nédjeff. Foyers cernés; cordons établis; institution de quarantaines pour toutes les provenances de Bagdad, d'Alep, de Damas et de Bassora.

21 *mars*. — La maladie règne à Kufé.

De mauvaises nouvelles arrivent de Nédjeff.

22 *mars*. — Depuis le 19 jusqu'au 22, la peste sévit avec violence dans deux quartiers de Nédjeff. Toutes les mesures de salubrité son prises. L'épidémie progresse à Djaara.

24 *mars*. — La peste règne toujours à Nédjeff et Djaara, Kufé.

27 *mars*. — Depuis neuf jours, aucun cas nouveau à Kufé.

28 *mars*. — La peste, importée de Djaara à Kufé, ne sévit que dans deux quartiers, Lirab et Huesch. Pas de cas parmi les pèlerins Zuvars ni dans les hans, mosquées, rues et bazars.

30 *mars*. — La peste fait des ravages parmi les tribus qui campent au nord de Chamieh, et notamment à Ankoucha et Hamedat.

30 *mars*. — Nombreux décès à Nédjeff, Djaara et Mishab. La peste sévit aussi dans la tribu Lehiebad, entre Mishab et Djaara.

1er *avril*. — La peste sévit avec vigueur dans la tribu de Dessim, parmi les tribus Lehiebad el Zekra, Djenabad, Rumella Tevabi, Katta dépendant de Chamieh. Nouvelles suspectes de Divanieh.

2 *avril* (Bruxelles). — Avis en date du 3 mars, publié par le ministère de la justice à Copenhague; cet avis porte que les dispositions relatives aux mesures à prendre pour empêcher l'introduction des maladies contagieuses dans le royaume de Danemarck sont, jusqu'à nouvel ordre, mises en vigueur pour les navires venant de St-Thomas et de Rio-Janeiro, etc.

5 *avril*. — La peste sévit parmi les tribus s'étendant du nord au sud, le long et à l'ouest du lac de Nédjeff, à Chemafié; à l'est, elle a été constatée à Kufé. Des cordons sanitaires sont établis. Décès nombreux à Nédjeff, Djaara, Mishabe.

8 *avril*. — Pas de peste à Oum-el-Bahroul; grands désastres à Nédjeff et à Djaara. L'importation de l'épidémie de village en village est un fait constaté.

9 *avril*. — La peste vient de se déclarer à Chafié, à une lieue de Divanieh.

9 *avril.* — Nombreux décès à Nédjeff, le 4 avril et jours suivants.

13 *avril.* — On a évacué Nédjeff. On a constaté des charbons à Ankoucha, à Hamedat et à Nédjeff. C'est la peste foudroyante. Les trois villages précités sont incendiés.

20 *avril.* — La peste continue à Chafié, situé à l'ouest de Divanieh, où elle a été importée d'El-Zayad, vers la fin de février. Les cas de mort sont assez fréquents. Abou-Djevahir est encore intact. A Chamieh, nombreux bubons; 2 décès.

23 *avril.* — Peste forte à Nédjeff parmi les soldats de la garnison. A Djaara, cas peu fréquents. Des cimetières sont établis entre Nédjeff, Djaara et Ramoul.

Sur la rive occidentale de l'Euphrate, à Abou-Djévahir, Roumeissa, Semawa, dans la tribu Hazaïl, on ne trouve aucune trace du fléau.

La peste aurait franchi l'Euphrate. Toutefois cette nouvelle n'a pas reçu de confirmation dans la suite.

26 *avril.* — Ankoucha et Hamédat sont incendiés par mesure de désinfection. Différents cordons sanitaires sont établis pour concentrer les foyers du fléau.

Mortalité considérable à Nédjeff et à Djaara.

Rien à Kéfil, ni aux environs.

Bon état sanitaire à Semawa, Grimfeld et Rizzi.

27 *avril.* — La peste qui sévit à Nédjeff a été importée de Djaara à une date inconnue.

La peste sévit à Dessim, importée de Djaara le 23 février; à Djénabah, de Dessim, à la fin février; à Léhiébad, le 15 février.

29 *avril.* — De Chafié la peste a été communiquée au campement voisin de Seïd-Nadgi. On brûle toutes les huttes du campement.

Sur les 3000 habitants qui sont restés dans la ville de Nédjeff après l'évacuation, il en meurt de 50 à 80 par jour.

La peste est à l'état sporadique dans les six campements occupés par les habitants de Nédjeff. Ces campements sont situés autour de la ville, mais surtout à l'ouest, nord-ouest, ouest-sud et est-nord.

8 *mai.* — La population comprise dans le territoire atteint est tout au plus de 14,000 habitants, y compris Nédjeff.

La peste aurait cessé à Djaara, El-Zayad et Divanieh, Semawa, Kerbella, Hyndieh, Musséyeb, Hillé.

Dans les six campements de Nédjeff, plus de cas.

A Nédjeff, du 26 avril au 2 mai, 56 décès en moyenne.

10 *mai.* — Ces décès (56 en moyenne) sont attribués au séjour prolongé des pèlerins restants.

L'état de la tribu Beni-Hassan est très satisfaisant, de même que celui des campements de Méchatin et les jardins de Nédjeff.

État sanitaire bon à Ramoul, Boudeira, Sinin, Mounbetah.

15 *mai.* — Djaara reste le centre du territoire atteint.

17 *mai* (dépêche d'Alexandrie). — Bruits faux de peste. A Alexandrie, Damas et leurs environs, la santé publique est parfaite.

18 *mai.* — Pas de cas de peste ni à Dilème, ni à Anah, ni dans aucune localité située au nord de l'Euphrate.

Voici, du reste, messieurs, un résumé analytique du travail dont je viens de vous donner lecture. Il vous fera saisir d'un coup-d'œil le point de départ et la marche de l'épi-

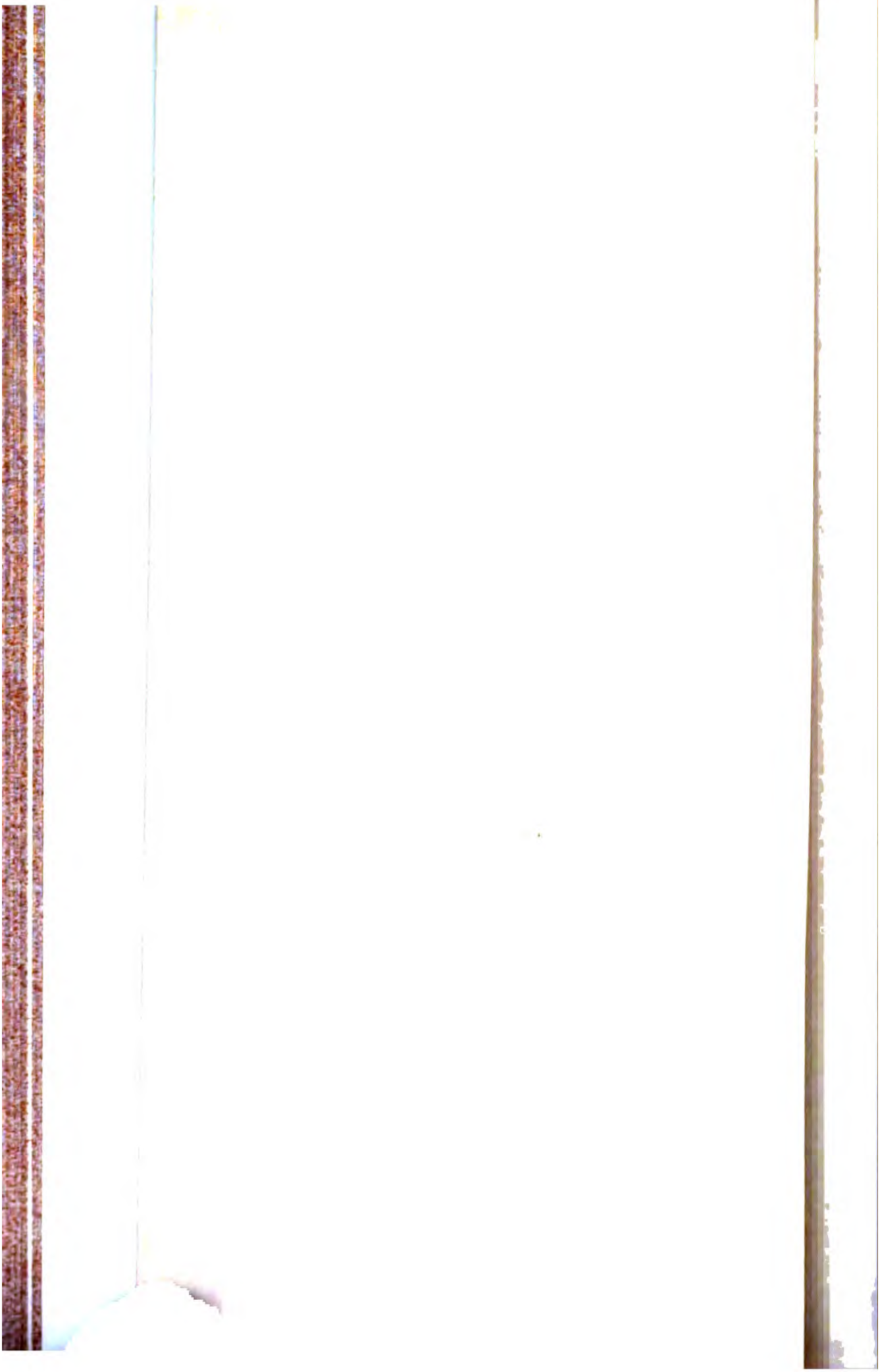
sur les bords

nique; elle a
tembre 1880.
trouve beau-
phrate y est
ys se trouve à
lone, vers le
méridien de

re à Chémafié
ste est arrivée
trois lieues.
mois de jan-

campent au
Hamédat. A
pées à l'ouest

Chafié, à une
Divanieh. Le
annonce que
ra à Dessim,
qu'au 2 avril.
ah vers la fin
et à Leliebad
3 avril.
s cas de peste
ont démentis.
sés sont datés



démie de peste qui sévit encore en ce moment sur les bords de l'Euphrate, vers le 31e degré de latitude.

La maladie régnante est bien la peste bubonique; elle a débuté dans la tribu El-Zagad à la fin de septembre 1880. Cette tribu occupe un pays marécageux où se trouve beaucoup de rizières et des eaux stagnantes; l'Euphrate y est sujette à des débordements fréquents. Ce pays se trouve à peu près à huit lieues des ruines de Babylone, vers le 32e degré de latitude et le 42e de longitude (méridien de Paris).

De là, la maladie s'est propagée en novembre à Chémafié et en janvier 1881 à Djaara. De Djaara la peste est arrivée bientôt à Nédjeff, qui n'en est éloigné que de trois lieues. Elle s'est étendue vers l'est à Kufé pendant le mois de janvier.

La maladie rayonne parmi les tribus qui campent au nord de Chamieh, notamment à Ankoucha et Hamédat. A la fin de mars, elle sévit parmi les tribus campées à l'ouest de Chamieh.

Au commencement d'avril, elle se déclare à Chafié, à une lieue de Divanieh; elle n'a pas pénétré à Divanieh. Le 26 avril, le dr Zitterer, inspecteur du service, annonce que la peste a été importée, le 23 février, de Djaara à Dessim, où elle a fait périr totalement 30 familles jusqu'au 2 avril. De Dessim, la maladie a été importée à Djenabah vers la fin de février, puis à El-Zekri, au sud de Dessim, et à Leliebad où 100 habitants sur 160 ont péri jusqu'au 3 avril.

Des bruits vagues annonçaient, le 16 mai, des cas de peste aux environs de Damas, en Syrie; ces bruits sont démentis. Les derniers documents que nous avons analysés sont datés du 18 mai.

La population comprise dans le territoire atteint est d'environ 14,000 habitants.

III. — PRÉSENTATION D'UN OPÉRÉ

M. le dr Servais, à Anvers, présente à l'assemblée un homme sur lequel il a pratiqué la *section sous-cutanée du col fémoral à l'effet de détruire l'ankylose vicieuse de la hanche*, opération qui a fait l'objet d'une communication sur laquelle M. Deneffe a fait rapport dans la dernière séance, et dont plusieurs membres ont exprimé ensuite le désir de pouvoir constater le résultat.

M. Servais fait en même temps la démonstration de l'appareil instrumental dont il s'est servi.

L'opéré est droit; les deux cuisses sont aussi droites l'une que l'autre. Le membre opéré est raccourci de quatre travers de doigt.

Malgré ce raccourcissement, le jeune homme marche avec facilité, une bottine dont le talon est un peu élevé empêche la claudication. La marche n'offre rien de disgracieux. Les deux membres sont aussi développés l'un que l'autre. La tête fémorale reste ankylosée dans sa cavité cotyloïde; mais ce membre, autrefois plié à angle droit, est complètement redressé. Les deux bouts de l'os sectionné se sont parfaitement réunis, et la solidité du membre est normale. L'artère fémorale a été liée; elle ne bat plus.

L'assemblée constate le succès complet de l'opération si grave dont il s'agit; M. le président félicite et remercie, en son nom, M. Servais d'avoir bien voulu lui fournir l'occasion de faire cette constatation. Il l'engage ensuite à continuer ses relations avec l'Académie.

IV. — DISCUSSION.

SUITE DE LA DISCUSSION des communications relatives aux pansements des plaies.

M. Borlée. — Messieurs, j'avais pris d'abord la ferme résolution d'intervenir d'une manière très active dans le débat que doivent nécessairement soulever les diverses méthodes de pansement des plaies. Mais, après mûre réflexion, me rappelant les trois communications que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, et dans lesquelles j'ai cherché à prouver l'excellence des pansements à l'alcool et leur supériorité sur les autres méthodes antiseptiques, je ne voyais aucun intérêt à revenir sur cette question.

Les nombreux faits de guérisons remarquables, obtenues dans les traumatismes les plus graves, après les amputations, les extirpations de tumeurs du sein et du cou, les résections, etc., sont venus corroborer les opinions que j'ai exprimées.

Or, ces faits n'ayant jusqu'à présent été ni contestés ni réfutés par aucun membre, j'ai pensé que ce serait peut-être fatiguer inutilement l'attention de l'Académie que de revenir encore sur cette démonstration.

Au reste, la question des pansements des plaies a perdu beaucoup aujourd'hui de son intérêt; elle a figuré à l'ordre du jour, depuis plus de 3 ans, sans être résolue. Est-ce bien le moment d'y revenir? Dois-je encore prendre la parole?

Plusieurs membres. — Oui, oui.

M. Borlée. — Cependant, messieurs, je ne pourrai que me répéter. Il est bien vrai que je ne partage nullement les vives appréhensions exprimées par notre hono-

rable et éminent collègue, M. De Roubaix, sur les graves inconvénients qu'il y avait à rouvrir cette discussion.

Vous vous rappelez que, l'année dernière, l'honorable membre a fait une motion, longuement développée, pour soutenir que l'Académie se déconsidérerait, en quelque sorte, si elle rouvrait cette discussion, alors que l'Académie de médecine de Paris et les différents congrès qui se sont succédé dans notre pays, avaient suffisamment élucidé tout ce qui concerne les méthodes de pansement. Je rends hommage au grand talent de notre éminent collègue, à ses vastes connaissances et aux utiles inventions qu'il a faites, mais je ne partage pas ses craintes. Nous ne serons pas accusés de contrefaçon : on ne pourra nous accuser d'imiter ce qui se fait à l'étranger, parce que nous avons abordé à notre tour cette grande question qui domine la chirurgie, puisque les opinions les plus opposées sont encore soutenues en ce moment sur la valeur des divers systèmes de pansements.

Il fut une époque où cette accusation de contrefaçon et de plagiat pouvait être méritée : c'est lorsque la Belgique se livrait à une véritable piraterie littéraire, en réimprimant tous les ouvrages français, dont elle inondait ensuite le monde entier. C'était, il faût bien le dire, peu loyal. Nous causions un préjudice considérable et aux auteurs et aux libraires français, et on pouvait à juste titre nous accuser alors d'être des imitateurs.

Aussi la Belgique s'était-elle aliéné les sympathies de la France, et les journaux avaient-ils le droit de se plaindre de cette piraterie littéraire. Mais depuis 1852, une convention intervenue entre le gouvernement français et le gouvernement belge a mis fin à la contrefaçon. Aussi avons-nous

reconquis toutes les sympathies de cette grande nation, et nous sommes-nous affranchis, en grande partie du moins, du tribut que nous payions à l'étranger. Aujourd'hui l'enseignement primaire, l'enseignement moyen et l'enseignement supérieur sont pourvus d'ouvrages dûs à la plume d'écrivains belges. La mémorable exposition nationale, que le monde entier est venu admirer, a prouvé les immenses progrès réalisés en Belgique, au point de vue industriel, commercial, artistique, médical et chirurgical. Qui n'a vu avec fierté les superbes exhibitions des Universités de Bruxelles, de Gand et de Louvain?

Il n'y a donc pas, messieurs, de crainte à éprouver, si nous abordons à notre tour la discussion relative aux diverses méthodes de pansement des plaies, puisque les chirurgiens les plus autorisés sont loin d'être d'accord sur cette question si importante de la chirurgie.

On a beaucoup exalté la méthode antiseptique de Lister; on en a tellement exagéré les merveilles, qu'aujourd'hui on serait accusé de témérité, si l'on osait entreprendre une grande opération sans recourir à cette méthode antiseptique, avec tous ses raffinements, toutes ses règles minutieuses et compliquées. La méthode de Lister est excellente; elle a produit une grande révolution dans la chirurgie, mais on employait l'acide phénique avant que cet illustre chirurgien eût fait connaître son procédé.

Ne pas recourir à la méthode de Lister, avec toute son exhibition théâtrale, qui rappelle les exorcismes du moyen âge, les pratiques de Mesmer, avec son luxe de mise en scène, luxe bien inutile dans les grandes opérations, ce serait mériter d'être traduit en cour d'assises, a-t-on dit, parce que ce serait exposer la vie des malades.

Il n'y aurait de salut pour les blessés et pour les opérés, que si l'on mettait en pratique les règles minutieuses établies par Lister. Eh bien, les communications que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, les nombreux succès que j'ai obtenus, à l'hôpital de Liége, dans les opérations que j'ai pratiquées, dans les ouvertures des grandes articulations (pour en extraire des corps étrangers ou des collections purulentes), dans les désarticulations de l'épaule, dans les amputations, dans les résections, dans les ablations de tumeurs volumineuses, tout cela prouve que l'on obtient les mêmes résultats par une méthode plus simple, moins compliquée. J'ai même enlevé chez une jeune femme, atteinte de goître volumineux, le corps thyroïde tout entier, après avoir lié les artères thyroïdes. J'ai eu recours à l'alcool et au drainage, et l'opérée a parfaitement guéri.

Il y a cette différence entre les pansements alcooliques et les pansements à l'acide phénique, qu'on n'a jamais observé aucun accident provoqué par les premiers, tandis que les seconds ont amené plusieurs cas de mort; à l'hôpital de Liége, il y a eu en peu de temps deux cas d'empoisonnement suivis de mort par l'acide phénique. Or, l'empoisonnement n'est jamais à craindre par les pansements alcooliques. Ceux-ci sont très simples, peu dispendieux et à la portée de tout le monde. Il n'est pas nécessaire de recourir, comme je le disais tantôt, à cette exhibition; pour mettre à exécution le procédé de Lister, il faut le concours de plusieurs personnes. Il en faut d'abord une qui, avant l'opération, pulvérise l'acide phénique, pour plonger non seulement le patient, mais les aides et l'opérateur, pendant tout le temps de l'opération, dans une atmosphère phéniquée; il faut diriger des jets de solution phéniquée sur le sujet

qui va être soumis à l'opération ; il faut tremper les instruments dans cette solution et arroser de ce liquide toutes les pièces de pansement. Cela demande beaucoup de temps.

Si l'on établissait qu'on ne peut obtenir le même résultat, dans de grandes opérations, par une méthode plus simple, je serais le premier à me rallier à la méthode de Lister; mais vous avez pu vous convaincre, si vous m'avez fait l'honneur de lire les communications que j'ai faites à l'Académie, que j'ai pratiqué les opérations les plus graves sans ce concours de précautions.

Je ne voudrais pas, messieurs, abuser de votre bienveillance, mais je crois devoir vous faire encore part d'un résultat inattendu et peut-être unique dans les annales de la chirurgie, que nous avons obtenu.

Un homme, âgé de 37 ans, a été enseveli sous une pierre du poids de 400 kilos. La cuisse était littéralement broyée, le fémur réduit en plusieurs fragments ; il n'y avait ni amputation de la cuisse, ni désarticulation possible. Je croyais le malade voué à une mort certaine. J'avais déclaré en présence de mes élèves que l'intervention chirurgicale était inutile.

La désarticulation de la cuisse est toujours une opération excessivement grave ; mais elle l'était particulièrement dans l'espèce, la peau étant décollée dans une grande étendue, les muscles broyés, le fémur fracturé en plusieurs endroits.

Eh bien, nous n'avons pas abandonné le malade, nous avons fait des pansements à l'alcool ; il est survenu des accidents formidables, des fusées purulentes s'étendant à la fosse iliaque, et nous avons cru un moment que le malade

ne résisterait pas; nous fîmes plusieurs fois par jour des irrigations à l'alcool camphré et au chlorure de chaux; nous plaçâmes aussi une série de drains. Bref, tous les accidents se sont insensiblement dissipés; mais il est arrivé un moment, alors que je croyais le malade parfaitement à l'abri de tout danger ultérieur, qu'à mon entrée à l'hôpital, j'appris de mon assistant, au dévouement duquel cette guérison inespérée est due en grande partie, qu'un fragment osseux se montrait dans la plaie et que d'autres accidents semblaient imminents. Nous fûmes obligé de faire la résection du fémur sur une étendue de 10 à 12 c. Le malade fut ensuite placé dans un appareil inamovible; nous continuâmes les mêmes pansements, et au bout d'un certain temps le malade guérit parfaitement.

Celui qui m'a succédé à l'hôpital a été émerveillé lui-même du superbe résultat obtenu dans une lésion aussi grave, aussi compliquée. Vous voyez donc, messieurs, que, par les pansements à l'alcool et par le drainage, qui joue le rôle principal — peut-être obtiendrait-on le même résultat avec d'autres liquides — on a des succès aussi remarquables que ceux que Lister et ses nombreux partisans ont constatés.

Je crois inutile de prolonger cette discussion. D'autres membres de l'Académie, qui sont à la tête de grands hôpitaux, pourront nous éclairer de leur pratique, soit hospitalière, soit civile, quant aux résultats auxquels ils sont arrivés par d'autres méthodes de pansement.

Je me borne donc à ces quelques considérations qui me paraissent suffire amplement.

M. Willième. — Messieurs, je ne m'attendais nullement à prendre la parole, mais l'appréciation que l'hono-

rable M. Borlée vient de faire de la méthode de Lister me porte à présenter quelques observations.

La méthode de Lister est une méthode générale. M. Lister ne prétend aucunement qu'il faille absolument employer, pour les pansements, l'acide phénique plutôt que l'alcool camphré, le chlorure d'oxyde de sodium (liqueur de Labaraque), le thymol, l'acide salicylique, etc. Il donne la préférence à l'acide phénique parce que, d'après ses expériences, c'est encore le meilleur des désinfectants. Toute sa méthode consiste en ceci : mettre soigneusement les plaies à l'abri du contact des germes pendant l'opération ou les pansements, et exécuter ceux-ci de telle façon que lesdits germes ne puissent arriver à la plaie sans rencontrer sur leur chemin un désinfectant qui les tue.

Le pansement institué par Lister, à cet effet, est tellement simple que je m'étonne qu'on le représente comme étant d'une complication excessive. Dès que le pulvérisateur à vapeur marche, les pièces de pansement ayant été préalablement préparées, le pansement est fait en quelques minutes. Je le préfère pour ma part au pansement simple.

L'honorable M. Borlée a obtenu de brillants succès de ses pansements à l'alcool, je n'en disconviens pas ; sa méthode est bonne ; mais est-ce une raison pour dédaigner le pansement de Lister, qui donne presque toujours les meilleurs résultats.

Notre honorable collègue vient de rappeler le magnifique et étonnant succès qu'il a obtenu dans une fracture de cuisse avec broiement considérable de l'os. C'est un de ces cas extraordinaires, comme on en rencontre de temps en temps, qui ne prouvent pas exclusivement en faveur de l'emploi de l'alcool dans les pansements. Je pourrais, en

effet, invoquer ici le témoignage de notre collègue, M. Gallez, qui m'a fait voir, il y a peu de jours, dans son service, un cas tout à fait identique, guéri au moyen d'un autre liquide que l'alcool. Il s'agit d'un jeune homme qui eut le fémur entièrement broyé par la roue d'un wagon ayant une charge de 10,000 kilos; les fragments de l'os sortaient dans les plaies. Ce jeune homme est aujourd'hui parfaitement guéri et conserve un membre utile.

On peut obtenir de beaux succès par toutes les méthodes de pansements; mais aucune ne donne des succès aussi constants que la méthode antiseptique. Ce sera un éternel honneur pour Lister d'avoir érigé cette méthode en principe et de l'avoir fait pénétrer partout dans la pratique.

On a fait certes usage avant lui d'agents désinfectants dans les pansements des plaies, mais sans règle et tout à fait en aveugle; c'est lui qui, se basant sur la théorie des fermentations au moyen des germes, a créé une méthode réellement scientifique.

Je tenais à présenter ces quelques observations, afin de faire à chacun la part qui lui revient.

Plusieurs membres. — Très bien.

M. Borlée. — Mon honorable collègue et ami, M. Willième, vient de vous dire qu'on a tout fait quand on a prévenu l'infection des plaies; c'est évident. Toutes les méthodes antiseptiques sont basées sur ce principe. Mais l'honorable membre part d'un principe qui est contestable et contesté, savoir : que les accidents des plaies sont dus à la présence dans l'atmosphère de ce qu'on appelle vibrions, bactéries; que ce sont donc ces organismes qu'il faut chercher à détruire et que quand on les aura détruits par l'acide phénique, il n'y aura plus d'accidents possibles.

Mais comment alors expliquer que des accidents surviennent lorsqu'on ne peut s'en prendre à l'intervention de l'air, lorsque les plaies sont soustraites à son influence nuisible? D'où viennent ces vibrions et ces bactéries, s'ils n'ont pas l'air pour véhicule?

La question importante est de savoir s'ils ne se forment pas au sein des tissus, comme l'a démontré un illustre chimiste.

Du reste, on retire du sein des tissus des collections purulentes qui, soustraites au contact de l'air, contiennent des milliards de vibrions et de bactéries. Il faut bien qu'ils se forment quelque part, si ce n'est pas de l'atmosphère qu'ils proviennent dans ces cas-là.

Au surplus, le point capital c'est d'empêcher le séjour des liquides pathologiques au sein des tissus; c'est d'en éviter la fermentation et la décomposition. Du moment qu'on arrive à ce résultat soit par l'acide phénique, soit par l'acide salicylique, soit par l'alcool, soit par tout autre moyen, le malade est presque toujours à l'abri de tout accident. J'ai fait beaucoup d'opérations à l'hôpital, ainsi que mon habile collègue, M. Hicguet, et jamais nous n'avons constaté de pyohémie; l'essentiel est d'enlever les liquides au fur et à mesure qu'ils se forment. Je crois être dans le vrai en soutenant que le drainage joue dans les pansements le rôle principal; quel que soit le liquide qu'on emploie, on arrive toujours au même résultat.

Nous venons de voir un des plus éminents chirurgiens de l'Europe, M. Buisson, de Montpellier, préconiser le pansement des plaies à l'air, la ventilation. Il ne craint donc pas les vibrions et les bactéries qui sont suspendus comme des épées de Damoclès sur la tête des malades,

d'après certains chirurgiens. Personne ne contestera l'habileté et les connaissances scientifiques de ce savant chirurgien, et pourtant il n'emploie ni l'acide phénique, ni aucun autre antiseptique.

Pendant de longues années, M. Péan, qui est un bon opérateur, n'a presque jamais employé la méthode de Lister.

M. Kœberlé, de Strasbourg, dans les nombreuses ovariotomies qu'il a pratiquées, n'y a jamais eu recours, pas plus que M. S. Wells, qui a fait peut-être 1000 ou 1200 ovariotomies dans sa vie; ce n'est qu'à la fin de sa carrière, dans les dernières années, qu'il a employé la méthode antiseptique, entraîné qu'il a été par le courant.

Il n'est donc pas rigoureusement nécessaire de recourir à cette méthode, que M. Willième dit être *si simple* et que je dis, moi, *très compliquée*, très dispendieuse. Son application exige en effet un temps considérable et peut avoir, dans la pratique, de grands inconvénients, parce qu'on n'a pas toujours à sa disposition le nombre d'aides nécessaire. Bref, la méthode de Lister est très compliquée. *(Interruption.)* Cela est admis par tout le monde. Si vous prétendez que cette méthode est d'un emploi très facile, qu'elle peut être appliquée en 2 ou 3 minutes, c'est que vous ne l'avez probablement pas mise en pratique selon toutes les règles prescrites par Lister.

M. Willième. — J'ai vu appliquer des pansements par Lister lui-même, à Amsterdam, en 1879. Il le faisait avec la plus grande simplicité. J'ai suivi depuis lors en tous points sa méthode, et je déclare qu'il n'y a rien de plus facile et de plus simple que de faire un pansement, selon toutes les règles de Lister.

— Plus personne ne demandant la parole, M. le président déclare close la discussion relative aux pansements des plaies.

V. — COMITÉ SECRET (ouvert à 1 1/2 heure).

1. Vote, au scrutin secret, sur la proposition du Bureau d'admettre M. Barella à passer de la 1re à la 4e section, conformément à l'avis de ces deux sections.

Cette proposition est adoptée, par 22 boules blanches contre 2 noires et 1 jaune *(abstention)*.

Cette décision sera soumise à la sanction royale.

2. Communication des rapports des 1re, 2e, 3e, 4e et 5e sections, ayant pour objet la présentation de candidats, afin de pourvoir aux siéges vacants.

M. le président rappelle qu'aux termes de l'article 10 du règlement, les membres titulaires, qui désirent que d'autres candidats soient compris dans les scrutins, sont tenus de les faire connaître au Bureau, dans la quinzaine, en exposant par écrit les titres de chacun d'eux, et que ces présentations doivent être signées par cinq membres au moins.

Il ajoute que les rapports qui viennent d'être communiqués resteront déposés au secrétariat à la disposition des membres qui désireraient les consulter, et que, conformément à l'article 22 du règlement, s'il n'y a point d'adjonction proposée, l'Académie procédera, dans son prochain comité secret, à la discussion des dits rapports concernant les candidats présentés.

3. Dépôt du rapport de la commission du concours relatif à l'alcoolisme. — M. Kuborn, rapporteur.

Conformément à l'article 117 du règlement, ce rapport

sera imprimé et distribué pour être discuté dans le prochain comité secret.

4. Suite de la discussion du rapport de la commission chargée d'apprécier, au point de vue des prix de 300 francs, les travaux présentés à l'Académie par des belges, en 1878. — M. Bribosia, rappprteur.

Les deux votes auxquels il est procédé, au scrutin secret, constatent que les deux prix de 300 francs sont décernés :

L'un, à M. le dr Loiseau, médecin de régiment, à Louvain, pour ses travaux ayant pour objet : le premier, un *Optomètre métrique et un phacomètre ;* le second, un *Nouveau modèle d'optomètre métrique et de phacomètre portatif ;*

L'autre, à M. le dr Delstanche, fils, de Bruxelles, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe.*

— La séance est levée à deux heures et un quart.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Catalogue des livres de la bibliothèque. 1re partie. Bruxelles, 1881; vol. 8°.

CONGRÈS NATIONAL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, tenu à Bruxelles en 1880 (compte rendu de la session, offert par MM. Thiernesse et Wehenkel). Louvain, 1881; vol. 8°.

CROCQ & KUBORN. — Rapport sur le Congrès international d'hygiène de Paris, en 1878, adressé à M. le Ministre de l'Intérieur de Belgique. Bruxelles, 1881; 8°.

DE MOOIJ (C.). Bandages de transport rotang. Amsterdam, 1880; 8°.

— Verslag over de eerste hulp tot vervoer en behandeling van een 5-tal te Amsterdam in het militair hospitaal behandelde beenbreuklijders met het lijn-olie-gipsverband, etc. Doesborgh, 1881; 8°.

JAHRESBERICHT (Elfter) des Landes-Medicinal-Collegiums über das Medicinalwesen im Kœnigreich Sachsen auf das Jahr 1879. Leipzig, 1881; vol. 8°.

KRISHABER (Exposé des titres scientifiques du docteur). Paris, 1881; 4°.

LAVOCAT. — Anatomie comparée. — Homotypies musculaires des membres thoraciques et pelviens. Toulouse, 1881; 8°.

MELSENS. — Emploi thérapeutique de l'ammoniaque, de ses sels et des composés ou mélanges ammoniacaux complexes dans les affections des organes respiratoires. Bruxelles, 1881; 8°.

PAVESI (C.). Dell' aloè soccotrino e specialmente di un nuovo preparato il tartro-aloelato di sesquiossido di ferro. Milano, 1881; 8°.

ROBYNS (J.). Numero dei divorzi e separazioni in Belgio, Olanda e Francia, paragonati alla popolazione rispettiva classificata per culti professati e al numero dei matrimoni. Roma, 1881; 8°.

ROSSINI (S.). Della tenia nel corpo umano. Pisa, 1880; 8°.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

—

FOREIGN
BODL:LIBR
R
PERIODICALS

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

Dans sa dernière séance, l'Académie ayant admis M. Barella, membre titulaire de la première section, à occuper l'un des deux nouveaux siéges créés dans la quatrième section, le bureau a demandé à M. le Ministre de l'Intérieur de bien vouloir soumettre cette décision à la sanction du Roi.

Par dépêche du 12 juillet 1881, M. le Ministre fait remarquer qu'aux termes des statuts organiques de la Compagnie, cette sanction n'est requise que pour la nomination des membres titulaires et des membres honoraires, et que, par conséquent, pour le passage d'une section dans une autre section, la décision de l'Académie suffit.

— La Compagnie reçoit de M. le Ministre de l'Intérieur :

a.) Un exemplaire du *rapport de la commission permanente des sociétés de secours mutuels sur la situation de ces associations pendant l'année* 1879 ;

b.) Une *annexe aux procès-verbaux des séances du Conseil provincial du Brabant*, session de 1880 ;

c.) Un exemplaire, avec annexes, des exposés de *la situation administrative des provinces pour l'année* 1881. — Remerciements.

— MM. les docteurs Delstanche et Loiseau remercient l'Académie des prix de 300 francs qu'elle leur a décernés dans sa dernière séance.

— En sollicitant le titre de correspondant de l'Académie, M. le dr Vitantonio Giampietro adresse la liste de ses dernières publications et fait hommage d'un ouvrage intitulé : *Ultime memorie di clinica medica pubblicate su varî giornali italiani* (Mémoires de clinique médicale parus récemment et publiés par divers journaux italiens).

— La Société française de tempérance, reconnue d'utilité publique, adresse le programme des prix et récompenses à décerner en 1882, programme formulé comme suit :

Le conseil d'administration de la société, dans sa séance du 1er juin 1881, a décidé :

« 1° Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours ;

» 2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la société.

» Mais la société a mis de nouveau au concours, pour l'année 1882, la question suivante :

» *Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?*

» Le prix sera de 2,000 francs.

» Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secré-

tariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1882.

» Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. »

— A la demande du comité de la *Ligue internationale des anti-vaccinateurs*, M. Boëns annonce que le deuxième congrès international de cette association se tiendra à Cologne, vers la fin d'octobre prochain, et que le programme en sera adressé ultérieurement à l'Académie.

M. Boëns ajoute que plusieurs illustrations médicales de l'Allemagne, de l'Angleterre, de l'Italie, de la Suisse, de l'Espagne et de l'Amérique ont déjà promis leur concours aux délibérations de ce congrès, qui consacrera des séances spéciales à des débats contradictoires sur la question entre les partisans et les adversaires de la méthode de Jenner.

Les médecins belges et français qui voudraient prendre part à cette assemblée pourraient, dit-il, lui envoyer leur adhésion, à Charleroi. Ils recevraient en temps opportun les documents officiels préparatoires.

— MM. Warlomont, à Bruxelles; da Cunha Bellem et Ennes, à Lisbonne; Constantin Paul, à Paris; Donders, à Utrecht; Boëns, à Charleroi; le Comité exécutif de la société de moralité publique, à Bruxelles; MM. Pablo Alvarez Delgado, à Madrid; de Pietra-Santa, à Paris; Masoin, à Louvain; la Société française d'hygiène, à Paris; MM. Charon, à Bruxelles; Cornilleau, à Mont-St-Jean; de Colleville, à Brighton; Faucon, à Lille; François-Franck, à Paris; Harley, à Londres; Gélineau, à Paris; Langlet, à Reims; Rumbold, à St-Louis; la Société de médecine publique de Belgique, à Bruxelles; MM. Schivardi, à Milan et C. Van

Gael, à Bruxelles, offrent des publications dont les titres sont mentionnés au paragraphe : Ouvrages présentés.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs de ces dons.

II. — LECTURES ET DISCUSSIONS.

1. LA GÉNÉRATION SPONTANÉE, la panspermie et l'évolution, à propos d'un cas de variole spontanée, par M. BOËNS, correspondant.

Dans tout protoplasme quelconque, la vie se manifeste par l'évolution plus ou moins rapide de corpuscules animés. H. B.

La clinique est appelée à trancher la question si controversée de l'origine des vibrions et des bactéries. C'est, je crois, l'avis de M. Jules Guérin et c'est, en tous cas, le vœu qu'exprimait l'*Union médicale*, dans son numéro du 12 mai dernier.

Est-il nécessaire de faire ressortir l'importance de cet intéressant problème de biologie? La pathologie et l'hygiène ne peuvent que gagner en précision et en exactitude à la solution des difficultés autour desquelles s'agitent, sans parvenir à s'entendre, les physiologistes de notre temps. Qui a raison de Pasteur ou de Colin (d'Alfort), de Bouley ou de J. Guérin, de Blot ou du baron Larrey?

La clinique décidera entre les disciples du vitalisme mitigé de Jean Müller et ceux du naturalisme positiviste de Claude Bernard.

Pour ma part, les faits que j'ai recueillis au lit des malades m'ont convaincu que M. Pasteur, autour de ses belles découvertes sur la nature intime des ferments et des virus, a construit un échafaudage scientifique sans fondement et

sans appui, qui s'écroulera tôt ou tard sous le poids des réalités cliniques.

On comprendra alors les exagérations étranges et les prétentions excessives dont les pansements antiseptiques ont été l'objet de la part de M. Lister, qui ne nous a rien appris que nous ne sachions et que nous n'ayons mis en pratique depuis longtemps. Et on réduira à leur juste valeur les prétendus bienfaits des inoculations préventives ou atténuantes du choléra des poules et d'autres affections transmissibles par germes, animés ou non.

Je viens aujourd'hui chercher à démontrer par l'observation des faits que les panspermistes ont tort de ne pas croire au *développement spontané* de certaines maladies zymotiques, telles que la variole.

Dans une autre circonstance, je montrerai qu'ils ont également tort de prétendre que le germe de la syphilis ne puisse se transmettre du père à l'enfant sans que la mère n'ait été elle-même infectée au préalable.

J'ai dit *développement spontané*. Serait-il question de la *génération spontanée?*

Entendons-nous bien sur ces mots.

Je ne suis pas créationiste, mais *évolutioniste*. Je n'admets pas qu'un corps, un organisme quelconque puisse être créé de rien, ou puisse surgir, tel qu'il doit être, d'une gangue informe par une espèce de force occulte, *catalytique* comme on dit en chimie.

Tout ce qui est, résulte ou dérive de ce qui a été, par une série de transformations qui s'accomplissent, selon des lois que nous découvrons ou que nous étudions dans les éléments éternels de l'univers infini. Ces éléments étant à la fois *force et matière*, *substance et propriété*, *âme et corps*,

agissent et réagissent les uns sur les autres, de manière à modifier en même temps, dans les mêmes proportions et suivant les mêmes règles, leur nature et leur forme, leur état et leurs facultés. Ce n'est que par abstraction, pour faciliter la compréhension et l'examen des choses, que nous séparons dans nos pensées les deux attributs inhérents à toute réalité, à tout objet existant : le substratum et la propriété.

Quand nous disons : *un cas de variole spontanée*, il est donc loin de notre pensée de croire ou de faire croire que la variole se crée d'elle-même, d'emblée, tout d'une pièce, dans l'économie humaine ; nous voulons énoncer seulement cette conviction que la variole peut s'y développer en certaines circonstances, aux dépens des éléments organiques normaux, par un simple concours de transformations atomiques, en l'absence de tout germe initial venu du dehors.

Nous ne nions pas l'existence de ces germes, notez-le bien; mais nous prétendons qu'ils peuvent se produire et qu'ils se produisent fréquemment, soit dans le cours des épidémies, soit d'une manière sporadique, par simple *évolution*, au milieu de certaines conditions et circonstances que les savants doivent chercher à connaître.

Nous sommes donc aussi loin d'être panspermiste que d'être créationiste, dans le sens absolu et exclusif qu'on donne à ces expressions.

Elle est aussi vieille que l'imagination humaine, la théorie des *germes préexistants* que les habiles recherches de M. Pasteur et de ses disciples ont rajeunie et étendue, sans parvenir toutefois à lui imprimer le caractère d'universalité qui aurait pu l'élever au nombre des lois nécessaires de la nature. Certes, tout procède d'un germe antérieur, s'il vous plaît de reconnaître que, rien ne se formant de rien et tout

ayant toujours été de toute éternité, chaque être nouveau est un composé d'atomes qui existaient avant lui. Mais si vous entendez par *germe préexistant* un individu, un microbe, un spermatozoïde, organisé de la même manière que le sujet qui en résulte, ayant même propriété et même substance, vous restreignez le domaine de la panspermie en lui enlevant toutes les productions d'objets ou d'êtres qui ne sont pas absolument semblables aux éléments dont ils sont issus, et vous méconnaissez la loi générale, nécessaire, de l'évolution, dont les phénomènes, infiniment variables dans le temps et l'espace sans fin, se déroulent sous nos yeux durant le cycle éphémère de notre existence, en vertu du principe universel de l'*attraction moléculaire* (1).

Y a-t-il oui ou non un *substratum* unique, qui serait la source des éléments si multiples qui composent l'univers?

Nul ne le pourrait dire. Mais ce qu'on peut affirmer aujourd'hui, c'est qu'il existe une propriété commune, inhérente à tous ces éléments, qui fait partie de leur essence : l'attraction, et que cette propriété de la matière agit à distance et au contact; à distance, pour rapprocher les corps les uns des autres, au contact, pour les unir et les unifier intimement.

Ainsi que je l'ai exposé dans mon livre : *La philosophie et la science* (2), et dans mon mémoire : *Allopathie et homœopathie* (3), la force attractive s'exerce à distance, selon la loi

(1) Voir nos mémoires sur la *Morale* et le *Libre arbitre*, où nous montrons que l'origine du *sentiment moral* doit être reporté avec l'instinct des animaux et avec l'instinct de conservation de tous les êtres à l'essence même de la matière, à l'attraction atomique.
(Note de l'auteur.)

(2) *La philosophie et la science*, 1 vol. in-12, Bruxelles, 1879.

(3) *Allopathie et homœopathie.* (*Revue de philosophie positive*, janvier 1879)

de Newton, et au contact, selon la loi générale des semblables; *similia ex similibus nascuntur* (1), qui doit être interprétée dans son sens le plus large.

La doctrine de l'évolution est là tout entière. Elle n'est que le développement chronologique de la propriété universelle de la matière dans ses diverses manifestations. Chaque objet existant est l'expression phénoménale des éléments qui le constituent et du milieu dans lequel il se produit.

Les panspermistes admettent que les germes de tous les organismes sont antérieurs : à quoi? A toute création? A l'éternité, par conséquent? Cette hypothèse est aussi insoutenable qu'indémontrable.

Les partisans de l'évolution continue, qu'il ne faut pas confondre avec ceux de la génération spontanée, supposent qu'à certaines époques favorables et dans des milieux déterminés la matière, improprement dite brute, informe, devient ce qu'on appelle non moins improprement : la matière organisée, animée, vivante. En effet, la limite assignée par nos prédécesseurs aux règnes organique et inorganique recule et s'efface de jour en jour, à tel point que nous commençons à concevoir la vie ou la force vitale qui caractérise les individus dits organisés, comme l'équivalent, l'analogue ou le corollaire du mouvement fatal, inconscient, qui régit les êtres non organisés ou réputés comme non organisés. Sans doute la science n'est pas encore parvenue à saisir la transition par laquelle *la vie* des uns se dégage du *mouvement attractif* des autres; est-ce une raison pour prétendre que ce fait ne s'est jamais produit et ne se réalise pas encore

(1) Le mot « semblable » ne doit pas être pris ici dans un sens absolu, mais relatif.

tous les jours? Nous avons reporté les bornes de la nature organique aux protoplasmes, à ces substances informes, que rien ne distingue d'une manière précise des substances organiques non vivantes, et nous y voyons naître des granulations, des corpuscules, des cellules, des êtres vivants, aérobies et anérobies... qui tomberaient du ciel, selon nos panspermistes, pour se développer dans cette gangue spéciale!

Il y a cette énorme différence, entre les deux théories hypothétiques des *germes préexistants* et de l'*évolution universelle*, que la première est contraire à la raison et se trouve contredite par les découvertes de la paléontologie, tandis que la seconde semble de plus en plus se confirmer, à mesure que les sciences d'observation font de nouveaux progrès.

C'est ainsi que la grande objection qui était faite depuis Cuvier aux idées de Lamarck, de Geoffroy-Saint-Hilaire et de Cabanis, ce savant médecin pouvant à bon droit être placé sur la même ligne que les deux grands naturalistes, idées qui ont été reprises et développées avec tant de bonheur et de succès par Darwin, est victorieusement refutée aujourd'hui. On sait que cette objection était déduite du fait, parfaitement établi et confirmé, que des individus arrivés à un certain degré de développement organique ont existé sur le globe longtemps avant d'autres individus moins perfectionnés, moins avancés dans l'échelle de l'évolution progressive. La théorie de la descendance, origne du transformisme, si vivement combattue par Agassiz, devenait défectueuse, si elle persistait à soutenir que tous les animaux indistinctement sont construits d'après le même plan et sur le même type, de telle sorte qu'il existerait une gra-

dation insensible des organismes les plus simples aux plus composés. Mais les récents travaux de Trembley sur les hydres ont démontré que les animalcules primitifs des eaux douces ou salées se développent au moins de *deux manières différentes*, qui constituent chacune un type à part, une souche particulière d'individus tout à fait dissemblables : les *rayonnés*, d'une part, et les *articulés*, de l'autre. On est donc fondé à reconnaître que d'un même protoplasme il peut naître, selon les conditions du milieu ambiant, plusieurs séries d'individus, qui formeront autant de chaînes séparées dans le règne animal. Cela est définitivement admis déjà pour les zoophytes, qui forment un groupe à part, dont aucun des représentants, quelque perfectionné qu'il soit, ne s'est jamais transformé ni en ver, ni en mollusque, ni en vertébré. D'après M. Edmond Perrier, il y a lieu de distinguer, dans les deux grands types primitifs des rayonnés et des articulés, au moins cinq séries d'organismes, qui, dès l'origine des choses terrestres, ont dû naître et se développer simultanément, chacune de son côté, sans jamais se toucher, se confondre, se métamorphoser l'une dans l'autre. C'est ainsi que ce savant professeur considère les éponges, les polypes hydraires et les échinodermes, comme trois séries parallèles du type radiaire; et les arthropodes, qui comprennent les crustacés, les araignées et les insectes, comme formant à côté des vers annelés, d'où sont issus les mollusques, d'une part, et tous les vertébrés, de l'autre, une série nettement séparée dans le type des articulés. On conçoit qu'entre les représentants de chacune de ces cinq séries on ne retrouve aucun type intermédiaire et qu'on puisse rencontrer, dans les débris fossiles, des crustacés, des mollusques et des vertébrés d'une organisation très

élevée au milieu d'une faune peu développée de rayonnés.

Est-il permis de croire, après cela, que les virus varioleux et syphilitique résultent et aient toujours résulté de germes préexistants? Et s'ils ont été créés à une certaine époque, comment auraient-ils pu naître autrement que d'une substance, d'un protoplasme qui n'en contenait pas le germe effectif complet? Et si ce phénomène a eu lieu tel jour, à telle heure, dans telle circonstance, ne peut-il pas se renouveler chaque fois que sont réunies toutes les conditions analogues à celles où il s'est manifesté en premier lieu? M. Vidal (de Grasse) à communiqué à l'Académie de médecine de Paris l'observation très remarquable d'un fœtus venu vivant au monde avec la variole, alors que sa mère, vaccinée dans son enfance, n'avait subi aucune atteinte de cette maladie. Si ce n'est pas là un cas de variole *spontanée*, dans le sens que nous affectons à ce mot, il faut recourir, pour expliquer ce fait, à une interprétation fantaisiste devant laquelle les panspermistes fanatiques seuls ne reculent point, en disant : le germe préexistant de la variole a été absorbé par la mère sans la toucher, et s'est transmis par elle à son fruit utérin, qu'il a rendu malade, sans que les germes nouveaux, résultant de cette maladie, aient influencé l'organisme maternel qui les englobait! Nous lisons, d'autre part, dans les bulletins de la Société médicale de Berlin, que le dr Pinxus, après avoir fait une série d'observations microscopiques sur le contenu des boutons de vaccine, conclut que les matériaux qui produisent les bactéries se développent au sein de l'organisme et ne sont nullement préformés dans la lymphe vaccinale. Enfin, dans leurs belles recherches sur les ptomaïnes, MM. Brou-

ardel et Boutmy ont reconnu que ces alcaloïdes cadavériques, dont les propriétés toxiques sont si énergiques et qui se présentent dans des états physiques différents, fixes ou volatils, prennent naissance, parfois très rapidement, dans le cours de la putréfaction des substances organiques. Il ne s'agit pas de bactéries, ni de germes préexistants dans ces cas, mais de simples composés chimiques, qui ont la plus grande analogie, quant à leur mode de production, avec les bactéries du vaccin, étudiées par le médecin de Berlin.

Pourquoi les microbes de M. Pasteur ne pourraient-ils être le résultat d'une évolution organique simple, aussi bien que les ptomaïnes de MM. Brouardel et Boutmy? Cette induction est rationelle. L'avenir est appelé à la placer au rang des vérités démontrées.

Pourquoi, par exemple, partout où deux individus sains, s'abandonnant aux excès de la luxure, dans des circonstances faciles à présumer, la syphilis ne pourrait-elle finir pas éclore sur les organes génitaux de l'un ou de l'autre sujet? J'ai bien souvent été consulté par des hommes, absolument indemnes de toute contamination vénérienne, récente ou ancienne, pour des *ulcérations* mollasses, ponctuées, quelquefois herpigineuses, plus ou moins superficielles, qui avaient été contractées par suite de rapports intimes avec une femme également saine, mais qui se trouvait au moment de ses règles. Que de chancres mous surgissent ainsi du contact d'un liquide âcre excrété par des tissus plus ou moins irrités ! Si maintenant, au lieu de soigner ces exulcérations, l'homme négligeait toute précaution ; si la femme et lui se livraient sans ménagement ni soins, malgré cette première lésion, à des excès sexuels, en y ajoutant des boissons fortes, l'absence de propreté locale, pendant

un temps plus ou moins long, les chancres mous, anodins, ne pourraient-ils pas prendre un caractère de mauvaise nature et les sucs du vagin donner naissance aux microbes, bactéries ou vibrions de la vérole, sans l'intervention céleste ?

N'est-il pas, d'ailleurs, généralement admis que la rage se développe spontanément chez le chien? Des vétérinaires instruits croient à la spontanéité de la morve et d'autres maladies zymotiques chez les animaux. M. Delamotte soutient cette théorie depuis 1874, dans les journaux et les Sociétés vétérinaires de la France et de l'Algérie. M. Toussaint ne vient-il pas de déclarer que le choléra des poules n'est qu'une *septicémie aiguë,* engendrée par une atmosphère infecte et des aliments corrompus. Enfin, M. Leblanc, dans la séance du 28 septembre de l'Académie de médecine de Paris, a déclaré qu'il y a des cas de *morve spontanée*, due à une *mauvaise hygiène* et à un *excès de travail*, bien que l'*extension* de la maladie soit le fait de la contagion. « Quelles que soient d'ailleurs, a-t-il ajouté, les opinions au point de vue de l'origine de cette maladie virulente, il n'en faut pas moins reconnaître un fait, c'est que la maladie sévit dans les grandes agglomérations et spécialement dans celles où la nourriture est parcimonieusement distribuée et où le travail n'est pas proportionné à l'alimentation ; tandis qu'elle est inconnue à présent dans les localités qui se trouvent dans des conditions opposées ».

Pour le dire en passant, voilà des assertions graves, qui pourraient être appliquées à la plupart des maladies contagieuses, notamment à la petite vérole. Les anti-vaccinateurs, sous ce rapport, ne sont ni plus précis, ni plus exclusifs que ne l'est M. Leblanc.

Le virus rabique, une fois constitué, se transmet aisément des individus générateurs aux individus de mêmes races ou de races analogues, en vertu de cette *loi générale des semblables*, dont j'ai parlé tout à l'heure. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi des autres virus? Et même des miasmes plus ou moins chargés de vibrions? Pourquoi les germes de la rougeole, de la scarlatine, du typhus, du choléra et de la variole n'évolueraient-ils pas de la même manière que ceux de la rage? Si ces derniers germes, ainsi que les principes de la morve, du farcin, du charbon, qui sont doués d'une organisation assez complexe, peuvent apparaître d'emblée dans l'économie de certains sujets placés, dans des conditions de santé et dans des milieux ambiants particuliers, pourquoi le principe contagieux de la petite vérole et même celui de la syphilis feraient-ils exception?

On ne peut disconvenir que tous ces éléments morbides, à peine constitués, ne deviennent le moyen le plus ordinaire et le plus actif, le germe de la propagation et de la diffusion des maladies contagieuses; mais on arrivera, sans aucun doute, à constater que, durant le cours des épidémies, plus fréquemment encore qu'en leur absence, un grand nombre de sujets sont atteints des maladies régnantes en l'absence de toute contamination directe. J'ai, pour ma part, acquis la conviction d'avoir souvent assisté à la production spontanée ou immédiate de bien des cas de rougeole, de scarlatine, de croup, de fièvre thyphoïde et de variole. Il y a plus, dans une note relative à des individus qui avaient présenté des affections éruptives anormales, bizarres, j'ai dit que je ne croyais nullement ni à la fixité des virus, ni à la permanence des maladies qu'ils engendrent. Il n'y a pas plus de germes immuables que de germes pré-

historiques. Parmi ces principes morbides, en apparence si différents les uns des autres par leurs manifestations pathologiques chez l'homme et les animaux, il en est qui sont de même famille, de nature semblable ou analogue, qui se croisent entre eux, se supplantent, se métamorphosent, s'absorbent, s'annihilent tour-à-tour, pour céder la place à ceux d'entre eux dont les milieux et les circonstances favorisent le plus l'évolution. A l'appui de ces considérations, j'ai cité déjà un assez grand nombre de faits, entre autres celui de quatre enfants d'une même famille, les enfants de M. Deulin, constructeur de bateaux à Charleroi, qui, à la fin de l'avant-dernière épidémie de variole, à laquelle avaient succédé des rougeoles et des scarlatines nombreuses (diminutives de la petite vérole, probablement), furent atteints tous ensemble de fièvres éruptives anomales, caractérisées de la manière suivante : *Rougeole miliaire* chez l'aîné, âgé de 8 ans; *rougeole varioloïde* chez le second, âgé de 6 ans; *rougeole scarlatineuse* chez les plus jeunes sujets, âgés de 4 et 3 ans.

M. Pasteur professe des opinions diamétralement opposées à celles que je viens d'exposer; pour lui, les virus sont immuables, et cependant il les cultive de manière à les atténuer, à leur faire perdre leur malignité, leur puissance génératrice et destructive à la fois; pour lui aussi, les maladies virulentes, qui se transmettent par hérédité, ne peuvent passer aux enfants par la mère, sans que celle-ci elle-même n'ait été contaminée. Je prépare un mémoire qui montrera que la clinique renverse ces hypothèses. Nous verrons la syphilis transmise du père aux enfants sans que la mère ait été infectée; nous verrons en même temps ce que c'est, au fond, que le pansement antiseptique, dont on

fait honneur à Lister, qui n'a créé ni le mot, ni la chose, et en quoi consiste la théorie de l'atténuation des virus par la culture des vibrions ou par leurs modes particuliers d'introduction dans l'organisme. Nous ramènerons ainsi à leur valeur réelle ces découvertes tant prônées, qui devaient réformer la médecine, enrichir la thérapeutique, et dont le mérite et tout l'avantage se réduisent à nous permettre de mieux expliquer certains phénomènes chimiques et biologiques qui étaient connus de tout le monde.

On a fait de notre temps un grand étalage autour des expérimentations de M. Pasteur et de ses disciples sur les virus et la virulence. Je crains qu'en cette affaire nos descendants, parodiant un dicton vulgaire, ne disent un jour : « le Français, né malin, a lâché la proie pour l'ombre. »

Claude Bernard avait fait entrer dans une voie rationelle et sûre l'observation biologique ; M. Pasteur, délivré de ce redoutable concurrent, qui serait devenu son antagoniste et son adversaire, s'éleva dans les régions de l'hypothèse et voulut arriver à la démonstration de ses théories en procédant par induction, par généralisation, sans tenir compte des objections qui devraient le rendre plus circonspect et le ramener aux simples vérités positives.

Nous avons dit bien des fois, depuis plus de quinze années, que Verheyen avait formulé ce principe de pathologie, que personne n'a jamais infirmé, et que, pour notre part, nous avons vérifié dans tous les cas morbides qu'il nous a été donné d'observer : « Tout sujet, qui a été atteint d'une maladie quelconque générale ou généralisée et qui est parfaitement guéri, se trouve pendant un certain temps, variable selon les individus, les circonstances et les antécédents, moins apte que tout autre à contracter n'importe quelle affection zymotique. »

Tel est, non pas précisément le texte, mais le sens, expliqué et approfondi, du principe posé et défendu par l'ancien directeur de l'École de Cureghem, à propos de l'inoculation de la pleuropneumonie épizootique, qui fut introduite en Belgique par le dr Desaive.

Rendre un individu malade, artificiellement, tel est l'effet direct des inoculations préventives.

C'est ce que fait M. Pasteur pour les poules, les brebis et une foule d'autres animaux ; c'est ce que font les vaccinateurs Jennériens et les inoculateurs de toute catégorie pour l'homme.

Il en résulte, évidemment, d'après la règle que nous venons de signaler, que les individus qui sont parfaitement rétablis de leur *affection artificielle*, c'est-à-dire de leur *vaccination*, deviennent plus ou moins réfractaires pendant un temps indéterminé, plus court généralement qu'on ne le pense, aux maladies zymotiques, variole, infection putride, charbon, choléra, peste, typhus, rougeole, scarlatine, etc.

M. Colin, à cet égard, a raison contre M. Pasteur.

La question se ramène donc à ceci, que le veuille ou non le grand inoculateur de Paris : 1° établir le compte des insuccès, des inconvénients et des dangers que chaque espèce d'inoculation fait courir aux sujets sains ; 2° déterminer la durée approximative de l'immunité relative, créée par l'absorption de chaque virus ; 3° calculer les chances et risques que peut avoir tout sujet sain, c'est-à-dire non inoculé, à contracter telle ou telle épidémie.

Cela étant, il s'agira d'opposer à ces statistiques, des faits d'une autre nature, en recherchant : 1° si les soins hygiéniques, appliqués selon les règles de la médecine préventive, ne procurent pas une immunité temporaire plus

certaine contre les maladies zymotiques que l'inoculation des virus atténués; 2° si les sujets antérieurement inoculés ne deviennent point, par la suite, après que les effets dépuratifs ou dynamiques passagers de la maladie virulente artificielle ont disparu, plus aptes que les non-inoculés à être atteints par certains virus; 3° si les moyens désinfectants et autres, qui sont du ressort de la salubrité publique, ne triomphent pas plus aisément des maladies transmissibles par contagion médiate que ne pourrait le faire le système inoculateur, pratiqué et réitéré à outrance à tous les sujets sains indistinctement?

M. Pasteur ne tient nul compte de toutes ces considérations qui ruineront la doctrine fantastique des inoculateurs.

Ses partisans toutefois, dans le corps médical, commencent à reconnaître qu'il ne suffit plus de dire, par exemple, comme on l'a fait jusqu'ici : « la variole atteint proportionnellement plus de sujets non-vaccinés que de sujets vaccinés » et « la maladie est généralement plus grave chez les premiers que chez les seconds. »

En effet, quand on signale des faits et des statistiques de ce genre dans une localité particulière, on ne doit pas se dispenser de rechercher si les non-vaccinés ne sont pas, pour la plupart, des indigents, des besoigneux, mal logés et mal nourris, qui sont la pâture habituelle des épidémies. Voilà comment, dans certains lieux, on a pu trop souvent attribuer à l'efficacité supposée du vaccin des faits dont la cause était ailleurs.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces remarques, ne saute-t-il pas aux yeux des savants qui réfléchissent que la question des virus et de la virulence est loin d'être complètement

élucidée et qu'il ne faut pas se hâter de conclure par analogie et par induction, comme le font les partisans de Pasteur et comme l'ont fait jusqu'ici ceux de Jenner?

Répétons-le : la science sur ce point grave et délicat, n'a pas encore dit son dernier mot.

Ne nous laissons pas éblouir bénévolement, à la façon de M. le dr Richet, Directeur de la *Revue scientifique*. Pour lui, c'est M. Pasteur qui, le premier, a eu l'idée qu'un virus infectieux peut être atténué au point de devenir un vrai vaccin. Or, avant M. Pasteur, M. Richet et la *Revue*, tout le monde savait que tous les virus indistinctement produisent des effets très variés, *anodins*, *sérieux*, *graves*, *mortels*, selon les temps, les lieux et les sujets au milieu desquels ils se développent, quelle que soit leur nature propre. Tout cela dépend, comme je l'ai dit tant de fois dans d'autres travaux, du degré d'évolution, de l'âge et de la concentration des germes virulents. Ce qu'un microbe est impuissant à faire dans l'organisme animal, un milliard de microbes l'effectuera, surtout si ces microbes ont acquis toute leur puissance fonctionnelle.

La plupart des grandes vérités que M. Pasteur a cru révéler au monde scientifique étaient, comme celle de l'atténuation des virus par la dissémination des germes, de notoriété vulgaire depuis de longues années. Ainsi, par exemple, que peut-on conclure des innombrables variétés de corpuscules vivants qu'on rencontre dans tous les produits organiques à l'état physiologique ou à l'état pathologique? Rien que ceci : c'est que dans tout protoplasme quelconque, il se développe rapidement des organismes microscopiques, pour peu que les circonstances de temps et de milieu soient favorables à leur évolution. En d'autres termes : partout où une

substance organique ou organisable est placée dans certaines conditions de chaleur et d'humidité particulières, il se forme des agrégations atomiques nouvelles qui deviennent le germe des corpuscules animés connus sous les noms de vibrions, bactéries, amibes, protozaires, etc.

Quoi qu'il en soit, en présence des trois doctrines dont il vient d'être question dans ce chapitre : la *génération spontanée* qui, prise dans une acception absolue, est insoutenable, la *panspermie* qui, dans le même sens exclusif, ne l'est pas moins, et l'*évolution* successive par types sériaires divers, nous n'hésitons nullement à déclarer que nous adoptons la dernière comme la seule conforme à la raison, à la science contemporaine et à l'histoire des êtres.

On comprendra maintenant ce que nous entendons par ces mots : *variole spontanée*, et on nous permettra de choisir, entre tous les faits qu'il nous a été donné d'observer et de recueillir depuis plus de 30 années, l'un de ceux qui nous semble le plus propre à imprimer dans les esprits non prévenus les convictions qui nous animent.

II

La prison cellulaire de Charleroi est située à l'extrême pointe occidentale d'une île qui constitue le quartier le plus populeux de cette industrieuse cité. Comme dans tous les établissements de cette espèce, du moins en Belgique, il y règne une propreté proverbiale. On y fait chaque jour de long en large et de haut en bas des fumigations guytonniennes, qui attaquent les métaux et font tousser et éternuer les personnes dont les muqueuses ne sont pas accoutumées à ces émanations.

Durant l'hiver de 1879-80, une épidémie de petite vérole parcourait les grands villages de 10,000 à 20,000 habitants, qui encadrent Charleroi. Elle avait déjà tenté à plusieurs reprises d'envahir la ville, mais chaque fois, grâce aux moyens énergiques de désinfection et d'assainissement employés par l'autorité locale, on était parvenu à la chasser au moins de l'île qui porte le nom de Ville-Basse et où se trouve la prison.

C'est dans ces conditions qu'un jeune homme de bonne santé et de forte constitution, nommé Lemaire, Victor, âgé de 23 ans, bûcheron à Montbliart, fut incarcéré le 9 novembre 1879 pour délit de chasse.

Montbliart est une jolie petite commune agricole située à plusieurs lieues du bassin industriel de Charleroi. Lemaire en était venu directement sans s'arrêter nulle part, sans communiquer avec personne, n'ayant pour compagnons que des gens qui n'avaient eu aucuns rapports directs ou indirects avec des habitations ou des sujets contaminés par la variole.

A son entrée, il était bien portant. On le plaça dans la cellule n° 18 qu'aucun malade n'avait occupée avant lui. Il ne communiqua qu'avec les gardiens et les chefs de service, lesquels ni directement, ni indirectement, n'avaient été en contact avec des malades ou des objets variolés.

Le samedi, 21 décembre, je l'avais visité comme d'habitude. Il continuait de jouir d'une bonne santé, de travailler à tresser du rotin comme la plupart des autres détenus; il se plaignait seulement, vu la rigueur de la saison, de ne pouvoir se livrer à un travail plus actif pour se mieux réchauffer. Ces plaintes étaient, en ce moment là, générales dans la prison.

Le 22, au matin, il accusa un léger mal de tête.

Le 23, la céphalalgie était augmentée ; il éprouvait une douleur contuse dans les reins et je constatai l'existence d'un léger état fébrile. Je le fis mettre au lit en observation dans sa cellule, avec diète absolue et boissons simplement rafraîchissantes. L'appétit, d'ailleurs, était nul.

Le 26, une éruption variolique manifeste se déclara et, conformément aux règlements de la maison de détention cellulaire (1) de Charleroi, Lemaire fut transporté à l'hôpital civil, où la maladie éruptive parcourut toutes ses phases avec une certaine gravité. Sa vie fut même sérieusement en danger durant quelques jours.

Comment est née cette variole?

J'interrogeai par voie officielle le bourgmestre de Montbliart qui répondit ainsi le 10 février 1880 :

« Satisfaisant à votre honorée du 6 courant, n° 71, j'ai l'honneur de vous dire qu'il n'est pas à ma connaissance qu'aucun cas de variole ne s'est présenté à Montbliart ou aux environs depuis plus d'une année *(Salubrité locale*, n° 14, commune de Montbliart, arrondissement de Thuin). »

Victor Lemaire n'était donc pas arrivé à la prison avec le germe de la variole.

Il n'avait pu le prendre durant le trajet de Montbliart à Charleroi. Cependant de hardis panspermistes, en l'absence de preuves directes et positives, absolument impossibles dans les cas de cette nature, pourraient prétendre que Lemaire a subi, durant le trajet de son village à Charleroi, le contact des vibrions varioliques, soit par l'air, au vol, soit

(1) Ce fut à cette occasion que le Ministre de la justice s'empressa de m'envoyer l'ordre de revacciner tous les détenus, dont j'ai fait mention dans mon discours du 26 mars 1881 contre la vaccine.

d'un voisin, non malade, mais infecté, sans le savoir, de la même manière par des vibrions voltigeants. Mais, dans ce cas, les vibrions ont dû s'accrocher et se fixer quelque part, sur le détenu ou au-dedans de lui. Sur le détenu? Comment ces vibrions nomades auraient-ils pu survivre pendant six semaines aux désinfectants si actifs de tous les jours, aux changements fréquents de linges, aux bains, aux soins de toilette obligatoires, coupe de cheveux et lavage de pieds, auxquels tout détenu sans exception est rigoureusement soumis? Au dedans du détenu? Ces vibrions débonnaires l'eussent laissé vivre en paix, travaillant, mangeant et buvant durant 42 jours, sans manifester leur présence par le moindre petit dérangement?

Tout cela est trop absurde. Ce ne peut être que dans l'intérieur de la prison que Lemaire a été empoigné par la variole.

Mais, comment?

Il ne voyait que le personnel de service; aucun membre de sa famille, aucun étranger n'est venu demander à le voir aux heures autorisées. Nul autre détenu ne fut atteint de petite vérole ni avant, ni après son incarcération. Parmi nos employés, pas un seul n'eut, directement ou non, de rapports avec des varioleux ou des familles de varioleux. Moi-même je n'ai soigné, ni en novembre, ni en décembre, aucun sujet atteint de cette maladie.

Le germe de la petite vérole n'a donc pu lui être communiqué par quelqu'un.

Serait-ce par quelque chose? Mais il n'a reçu que des aliments préparés, des effets lavés dans la prison même, avec le soin qu'on apporte à tout ce qui intéresse la salubrité de

ces établissements privilégiés, auprès desquels les casernes de nos braves soldats ne sont que des bouges.

Ce n'est donc pas du dehors, de l'atmosphère, que les vibrions varioleux seraient venus à notre prisonnier, sur l'aile des vents, comme tant de graines légères qui transplantent d'un lieu à un autre les fleurs de nos champs.

Je sais que les panspermistes endurcis se tirent toujours facilement d'affaire dans les cas les plus embarrassants et les plus critiques. Mais que feront-ils, eux qui admirent tant les pansements de Lister, de ces importantes fumigations de tous les jours, sans exception, qui lancent dans cette prison cellulaire des flots de vapeurs chlorées, si avides d'eau et d'hydrogène qu'elles décomposent au passage tout ce qui en est pourvu et qu'à défaut de ces principes elles s'attaquent même aux métaux les plus purs ? Je le vois, ils en arriveront à découvrir avec les yeux de l'imagination, que dans l'intervalle de la fumigation du 21 décembre à celle du 22, un ou deux vibrions égarés dans les airs se seront traitreusement insinués dans la cellule n° 18 par une fenêtre ouverte, auront gagné de là le trou de la serrure, à moins qu'ils n'aient eu la patience d'attendre qu'on leur en ouvrît la porte!

Devant de semblables habiletés, que pourrions-nous faire, sinon d'en appeler au sens commun, à la raison, et de nous demander s'il n'est pas infiniment plus sage de s'en tenir à ce qu'on voit, de croire à ce qui se conçoit et se constate, que de recourir, pour expliquer les faits observés, à des interprétations fantaisistes, qui vous jettent dans le domaine de l'incompréhensible ?

La théorie des germes préexistants est séduisante ; elle plaide à toutes fins et répond à toute éventualité. Si ce n'est toi, c'est ton père ou l'un de tes ascendants à l'infini ! Mal-

heureusement, elle s'évanouit devant cette simple et lumineuse remarque : si tout a toujours existé tel que nous voyons tout, comment se fait-il non pas que certaines choses disparaissent, mais que des *choses nouvelles* se soient produites dans le monde?

Laissons le *créationisme* et la *panspermie* se débrouiller entre eux. Quant à nous, soyons moins métaphysiciens. Et quand nous voyons devant nous un Victor Lemaire atteint de petite vérole dans notre prison cellulaire, isolé de tout et de tous, après 42 jours de bonne santé, sans avoir été en rapport, ni avant, ni après son incarcération, avec des sujets, des objets ou des lieux infectés de variole, déclarons tout simplement, au nom de la science qui ne se paye point de mots ou de faux-fuyants, et au nom du sens commun qui ne messied jamais aux savants, que ce pauvre garçon, sous l'influence du *froid rigoureux* de la saison, d'un *régime alimentaire* sain mais *insuffisant*, de la *réclusion* dans une cellule étroite et basse ou gît en permanence une *latrine* très propre mais qui dégage sans cesse des miasmes inévitables, de la *dépression vitale* qui accompagne les premiers temps de l'encellulement pénal, se trouvait dans des conditions propres à provoquer soit une altération du sang, soit une modification organique, qui le prédisposait à subir l'influence de la *constitution pathologique régnante*, à contracter une *fièvre typhoïde* ou une *variole*, ces deux affections marchant souvent de compagnie, comme elles le faisaient alors dans le canton de Charleroi.

Si Victor Lemaire ne présente pas à vos yeux un cas de *variole spontanée*, il nous faudra renoncer à l'espoir d'en trouver un plus authentique.

III

Note pour les anti-vaccinateurs. — Lemaire, Victor, était célibataire. Sa famille se compose encore du père, de la mère et de deux sœurs, qui ont tous été vaccinés, comme il l'avait été lui-même dans son enfance. Il y avait dans cette prison de Charleroi plusieurs sujets non-vaccinés. Et ce fut un vacciné que les vibrions varioleux affectionnèrent particulièrement, là comme partout ailleurs!

M. Warlomont. — Je demande à l'honorable orateur de vouloir bien nous dire ce que, dans l'espèce, il entend par cette influence de la constitution médicale régnante, en vertu de laquelle se développerait une fièvre typhoïde ou une variole? Si la constitution médicale régnante est susceptible de développer l'une ou l'autre de ces maladies infectieuses, ce ne peut être, me paraît-il, que par l'intermédiaire d'un véhicule charriant un germe, véhicule qui est vraisemblablement l'air atmosphérique, auquel les ouvertures des lieux d'aisances, voire celles des serrures, peuvent parfaitement livrer passage. Sans cela, que serait-ce donc que la « constitution médicale régnante »? Il convient, me semble-t-il, que l'honorable M. Boëns reste dans la logique de son argumentation.

M. Boëns. — J'ai examiné tout ce qui a été dit et écrit à propos des *constitutions médicales régnantes*, et jusqu'à présent je n'ai vu nulle part qu'on fût d'accord sur la signification de cette expression. On a admis des influences magnétiques, électriques et bien d'autres encore, parmi les causes pathogéniques qui concourent à former ce qu'on est

convenu d'appeler : constitution médicale ou constitution pathologique.

L'univers est tellement peuplé, encombré d'agents physiques, chimiques et biologiques de toute espèce que nous ignorons encore ce que c'est, en réalité, que l'influence morbide régnante. Ces expressions désignent pour nous une abstraction par laquelle nous énonçons l'ensemble des conditions d'humidité, de chaleur, de saison, de climat, d'état électrique, magnétique, etc., dont nul savant ne connaît encore le dernier mot. Voilà ce que c'est que la *constitution médicale.*

C'est un état atmosphérique complexe qui reste un X pour tous les médecins et tous les hygiénistes. Et c'est sous l'influence de cet X qu'en vertu de certaines prédispositions permanentes ou passagères de l'organisme, certains sujets sont atteints de l'une ou l'autre des maladies dites : *maladies régnantes*, telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'angine couenneuse ou scarlatine fruste, la variole, le choléra, la fièvre jaune, etc.

Maintenant, dans ces constitutions pathologiques, y a-t-il toujours des germes actifs ou y a-t-il simplement des conditions climatériques générales? Je ne veux pas résoudre cette question; je l'ai trouvée posée avant moi; elle reste posée aujourd'hui et elle le sera encore demain. Je n'ai pas à répondre ici à une question ainsi formulée. Quand j'aurais dit pendant deux heures ce que je pense, quand j'aurais écrit des volumes à ce sujet, je ne serais pas encore parvenu à l'élucider complètement. Peut-être M. Warlomont est-il à même de nous éclairer de ses lumières sur ce point. Je serais enchanté de savoir ce qu'il entend, lui, par *constitution pathologique régnante?* Quant à moi, je viens humblement de l'avouer, je n'en sais rien.

C'est précisément pourquoi j'ai dit que, dans le fait que je viens de citer, j'ignore — n'ayant pu le découvrir — si un germe, un microbe quelconque, a pu s'insinuer chez mon prisonnier.

Maintenant qu'on me démontre que les vibrions varioliques sont arrivés du dehors à Lemaire par la porte ou par la fenêtre, ont trompé la vigilance des agents destructeurs, de mes fumigations guytonniennes, je m'inclinerai. Pour ma part, encore une fois, j'ai cherché partout et je n'ai rien trouvé nulle part.

Voilà pourquoi j'ai prononcé le mot de *variole spontanée*.

M. Warlomont. — Messieurs, je ne pense pas avoir à répondre à l'invitation que m'adresse M. Boëns. Je n'ai pas eu l'honneur de présenter à l'Académie un long mémoire où j'aurais fait valoir hypothèses sur hypothèses; je me suis borné à faire une objection et j'attends qu'il y soit répondu. J'exprime le regret que l'honorable membre ait échafaudé un long travail sur une simple hypothèse, dont, de son propre aveu, il ne connaît pas lui-même le premier mot. En somme, toute son argumentation repose sur la notion « constitution médicale » et sur les faits qu'il en déduit. Or, il reconnaît lui-même qu'il ne sait pas ce que c'est que la « constitution médicale ». Dans ces conditions, je ne crois pas pouvoir prolonger utilement cette discussion.

M. Boëns. — Je n'ai qu'un mot à répondre. Mon argumentation est moins positive que négative; je cherche à savoir comment a pu venir une maladie chez tel sujet, dans des conditions d'isolement, de désinfection, d'assainissement toutes spéciales où se trouvait ce sujet-là. J'ai cru qu'il était intéressant tout au moins d'appeler l'attention de

l'Académie sur un fait en somme assez rare. Nous n'avons pas tous les jours l'occasion de voir dans notre clientèle des malades parfaitement isolés qui, durant plus de six semaines, n'ont communiqué avec aucune personne ni aucun objet qui puisse être suspecté de porter le germe d'une maladie contagieuse.

Il s'agit ici d'un malade exceptionnel; cherchant à connaître comment cette maladie lui est venue, j'examine les différentes questions que vous appelez des hypothèses. La *constitution médicale* est une expression assez vague, j'en conviens, qui exprime pourtant une réaliié, mais à laquelle je n'attache pas plus d'importance que vous n'y en attachez vous-même. Mais je ferai remarquer qu'il y a des constitutions médicales assez fréquentes qui ne reconnaissent nullement pour cause l'existence des vibrions. Sont-ce des vibrions qui produisent les épidémies catarrhales, les grippes? Est-ce à son microbe qu'on attribue les bronchites et les pneumonies grippales qui se développent en certaines saisons? Quelle est l'influence pathologique qui agit là? Est-ce un germe organisé? Est-ce un état climatérique? Quel est cet état climatérique? Cette dernière question n'est pas encore bien résolue. Je ne prétends pas être plus habile que tout le monde. Je ne résous rien catégoriquement. Je vous expose mes doutes et je fais appel à votre expérience pour les dissiper, vous promettant d'avance que, si vous m'apportez la solution exacte et précise du fait que j'ai signalé, je serai le premier à vous rendre hommage et à dire : « Vous l'avez trouvé : voilà le nœud de la question. » Quant à moi, je l'ai cherché ce nœud, cette inconnue, et ne me contentant pas d'assertions en l'air, j'ai dû avouer que je renonçais à mettre sur le compte des microbes absents,

une évolution pathologique que j'ai vu naître... spontanément! Vous me faites un reproche de mon insuffisance. Eh bien! je suis en aveu d'insuffisance, et j'espère qu'il y aura ici des gens plus habiles et plus capables que moi pour faire la clarté et l'évidence.

M. Warlomont. — Je crois inutile d'insister. M. Boëns est en aveu; il déclare qu'il ne sait pas comment s'est produit le cas de variole dont il vient de parler, et, ne le sachant pas, il ne lui répugnerait pas de mettre ce cas « *spontané* » sur le compte de la constitution médicale régnante. Dans cet ordre d'idées, je n'ai rien à y reprendre; seulement, si l'auteur veut laisser à son argumentation une ombre de valeur,ce sera à la condition qu'il en fasse disparaître cette dernière hypothèse, qui la ruine de fond en comble.

M. Boëns. — Je ne supprime rien; c'est un jeu de mots; je me suis suffisamment expliqué.

M. Crocq. — Messieurs, je n'ai pas demandé la parole pour vous entretenir du vibrion de la petite vérole, parce que j'ignore si celle-ci est due à un vibrion. On parle beaucoup des bactéries et des vibrions qui engendrent les maladies contagieuses; pourquoi? Parce qu'il y a deux ou trois maladies contagieuses qui sont probablement dues à des bactéries; pour ce motif, ces infiniment petits sont devenus à la mode; on les fait intervenir à tout propos, sans se donner la peine de les rechercher ni de les démontrer.

Qu'y a-t-il là de vrai? Je n'en sais rien; on pourrait faire telle autre hypothèse qui répondrait tout aussi bien aux faits que l'hypothèse basée sur les bactéries.

Par conséquent, ne raisonnons pas sur des hypothèses qui ne sont pas même nécessaires pour expliquer les faits

qui se produisent. Quant à la fièvre typhoïde en particulier, je suis convaincu de son origine spontanée, et je pourrais citer des cas semblables à celui de variole qui a été relaté par M. Boëns. La fièvre typhoïde consiste dans une inflammation qui peut survenir spontanément dans les éléments qu'elle frappe, sans qu'aucun élément étranger agisse pour en amener la production.

Mais, messieurs, je ne veux pas m'égarer dans la discussion de cette question; j'ai demandé la parole pour insister sur un fait pratique des plus importants, qui ressort de la communication que vient de nous faire M. Boëns. Ce fait pratique est en contradiction avec ce qu'il a déclaré dans une précédente séance et il est, au contraire, complètement d'accord avec la thèse que j'ai soutenue à cette occasion; il vient en quelque sorte la renforcer.

Dans l'espèce, il s'agit d'un détenu atteint de petite vérole, alors que, d'après les déclarations de M. Boëns, il se trouvait dans d'excellentes conditions hygiéniques. Dans la prison en question, il paraît que les détenus sont bien logés, bien nourris, bien vêtus, et que, sous aucun rapport l'hygiène ne laisse rien à désirer. Et au milieu de ces conditions hygiéniques si favorables, un détenu est atteint de la petite vérole! Je conclus de là ,messieurs, que les conditions hygiéniques ne constituent pas à elles seules un moyen prophylactique de cette maladie. J'ai cité antérieurement à cet égard un fait des plus frappants dont vous vous souvenez probablement.

Le seul moyen à employer pour prévenir d'une façon certaine la petite vérole, c'est la vaccine; si le détenu dont il s'agit avait été vacciné à son entrée dans la prison, il aurait été préservé de cette maladie.

C'est pour formuler cette conclusion que j'avais demandé la parole.

M. Boëns. — Je pense que vous ne désirez pas réveiller la question de la vaccine, sinon je suis prêt à la discuter.

M. Crocq. — Il ne s'agit pas de réveiller cette question ; j'ai voulu tout simplement acter un fait.

M. Boëns. — Eh bien, je vous répondrai que ce détenu, âgé de 23 ans, avait été vacciné et qu'il portait les traces du vaccin.

M. Crocq. — Quand avait-il été vacciné?

M. Boëns. — Dans sa jeunesse, vers l'âge de 3 ou 4 ans.

M. Crocq. — Le pouvoir préservateur était épuisé à l'âge de 23 ans.

M. Boëns. — Il avait été vacciné ; donc on pourrait en conclure déjà que la vaccine ne préserve pas jusqu'à l'âge de 23 ans ; ce serait un fait de plus pour les partisans de la revaccination, voilà tout.

M. Crocq. — Tous les médecins le savent.

M. Boëns. — Du reste, dans le prochain congrès qui siégera à Cologne, vers la fin d'octobre, la question sera soulevée ; il y aura des séances consacrées à des débats contradictoires entre les vaccinateurs et les anti-vaccinateurs ; tous ceux qui voudront prendre part aux discussions seront invités à se rendre à ce congrès.

Pour le moment, je fais une seule remarque ; c'est que la petite vérole est une de ces affections qui, comme la fièvre typhoïde et beaucoup d'autres maladies contagieuses, peut naître spontanément ; c'est ma conviction. Nous ne possédons pas encore toutes les preuves qui la

justifieront tôt ou tard, mais on parviendra à les recueillir. La petite vérole peut naître spontanément, comme la morve, la rage, le farcin, chez certains sujets, en dépit des conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent, par suite de certaines influences, telle qu'une alimentation insuffisante, la misère, les soucis, les chagrins, etc. J'ai vu bien des cas de cancer dont la cause première, si pas unique, résidait dans des affections morales prolongées.

M. Crocq a dit aussi : « Si votre malade a eu la variole dans les heureuses conditions qui lui étaient faites en prison, cela prouve que l'hygiène seule ne préserve pas de la variole?

M. Crocq a oublié ce que je viens de dire dans mon petit mémoire : « Lemaire était sous le coup de la dépression morale qui suit toute détention pendant les premières semaines de réclusion cellulaire. Il manquait d'air, il avait une nourriture grossière, insuffisante, qui dispose peu à l'appétit. Il occupait une petite cellule basse et sombre, au milieu de laquelle gît en permanence un siége d'aisance ». Et ce serait là des conditions hygiéniques favorables à la santé!

(M. Lefebvre remplace M. Thiry au fauteuil de la présidence.)

M. Thiry. — Je ne puis laisser passer sans examen les assertions de M. Boëns, assertions que cet honorable membre a déjà, du reste, présentées antérieurement.

D'après lui, l'évolution de la petite vérole pourrait être spontanée; au point de vue de sa pathogénie, elle ne présenterait rien qui l'éloigne des affections les plus vulgaires; c'est là une hypothèse que je ne puis admettre.

Messieurs, pour établir, avec quelques chances d'être

dans le vrai, la nature d'une maladie, il ne faut pas seulement se préoccuper exclusivement de son étiologie, mais il faut encore tenir compte des altérations pathologiques qui la constituent. Or, anatomiquement, comme expérimentalement, la petite vérole est une maladie spécifique; ceci est incontestable, l'inoculation le démontre à toute évidence; la petite vérole se reproduit elle-même; la pustule variolique régénère incessamment sa cause, et cette cause est représentée par le virus que cette pustule seule peut exsuder; c'est là un fait indéniable et définitivement acquis.

Il y a donc corrélation immédiate et directe entre l'altération caractéristique de la petite vérole et sa cause productrice, qui est toujours et invariablement la même. Dès lors, quelles que soient les circonstances où l'on observe une variole, elle se rattache fatalement à la même cause virulente, quels que soient les milieux où elle se dissimule. Si dans certains cas cette loi pathogénique semble infirmée, soyez persuadés, qu'alors, on n'a pas eu affaire à la variole, mais à la varioloïde, plus ou moins confluente, que je vois si souvent confondre avec la petite vérole.

M. Boëns. — Des varioloïdes confluentes?

M. Thiry. — Des varioloïdes confluentes, certainement; j'en ai vu. Je reconnais que la petite vérole est rarement le fait de l'inoculation directe. Je reconnais qu'il est excessivement difficile parfois de préciser comment la contamination s'opère; mais il n'en est pas moins vrai qu'on doit uniquement l'attribuer au virus varioleux que l'on retrouve dès que la maladie est produite. Où existait ce virus avant l'explosion du mal? Etait-il endogène? En d'autres termes, avait-il pénétré par les voies respiratoires ou digestives, ou bien, répandu dans l'atmosphère, avait-il été mis en con-

tact avec la peau par l'intermédiaire des vêtements? Je ne trancherai pas ces questions, elles sont toutes rationnelles; ce qui est certain, c'est que la variole ne saurait exister sans l'intervention du virus varioleux.

On a beau dire, comme M. Boëns, qu'on dédaigne les observations des savants qui recherchent, avec une persistance qui ne manque pas de courage, l'origine des maladies spécifiques; pour ma part, sans les accepter absolument, je tiens grand compte de ces recherches.

M. Boëns. — Je ne dédaigne rien, ni personne.

M. Thiry. — Dans le cas spécial cité par M. Boëns, notre collègue affirme qu'il y a eu une sorte d'éclosion spontanée; de ce qu'il n'a pu constater le virus variolique *de visu*, il conteste son intervention; pour lui, les déductions d'expériences antérieures sont non-avenues. Nous contestons cette négation et nous disons que, si en réalité il a eu à traiter une petite vérole, elle ne peut avoir été produite que par le virus varioleux dont la gangue lui a échappé ainsi que cela peut arriver à tout le monde. Il est évident que nous ne pouvons admettre des effets sans causes et la cause ici, M. Boëns l'aurait aisément trouvée s'il l'avait recherchée dans la lésion même de la petite vérole.

C'est parce que la petite vérole est essentiellement spécifique que nous nous expliquons l'influence bienfaisante de la vaccine; c'est pour cela aussi que nous comprenons l'immense progrès que vient de réaliser M. Pasteur par les dernières expériences, si concluantes, qu'il vient de faire avec le virus charbonneux.

Je dois le déclarer, ces expériences me paraissent décisives.

Je conclus : le cas que nous a rapporté M. Boëns n'est rien autre qu'une petite vérole ordinaire, ayant la même

cause que toutes les autres petites véroles, puisqu'elle en présentait les altérations; seulement, M. Boëns profite de ce qu'il n'a pas su découvrir la source où son malade s'est infecté, pour nier cette infection et pour créer d'autorité une petite vérole d'emblée.

C'est là une hypothèse sans preuves sérieuses, que je conteste formellement et que je regarde comme dangereuse.

Voilà tout ce que j'avais à dire au sujet du cas exceptionnel dont a parlé M. Boëns.

(M. Thiry reprend la présidence.)

M. Lefebvre. — Messieurs, je ne reviens pas sur l'argument extrêmement important que vient de faire valoir M. Thiry; seulement, je tiens à résumer, en quelques mots, la question et de constater les faits acquis.

Il est admis, et c'est une des vérités de la médecine les mieux établies, qu'il y a un certain nombre de maladies spécifiques, c'est-à-dire de maladies dont chacune reconnaît toujours une seule et même cause, une cause toujours identique à elle-même, et qui ne peut d'ailleurs engendrer d'autre maladie que celle-là.

Je ne discuterai pas la question de savoir si le facteur de la maladie spécifique est un protorganisme, à l'état de spore ou d'ovule, de microphite ou de microzoaire. Primitivement, le virus — nous employerons cette expression qui ne préjuge pas sa nature — s'est probablement développé en dehors de l'organisme. C'est ce que l'on appelle, par une locution erronnée, le développement spontané. Mais il est évident que pour un certain nombre de ces maladies, depuis plusieurs siècles, le virus ne s'est plus produit en dehors de l'organisme; je cite comme exemple la syphilis, la variole, la scarlatine et même la rougeole.

Certes, il est toujours bon de tenir compte des faits importants qui semblent témoigner contre les opinions généralement admises, mais j'avoue que le fait cité par M. Boëns n'a pas une autorité considérable : ce n'est qu'un fait négatif; mais voici, messieurs, dans cet ordre d'idées, un fait positif et d'une grande valeur : dans les îles Féroë, si je ne me trompe, la rougeole est restée absente pendant plus d'un siècle, parce que, pendant cet espace de temps, ces îles n'avaient pas eu de communications avec des habitants d'autres pays. Mais un jour un navire aborde, la rougeole éclate et elle attaque une grande partie de la population. Les conditions climatériques et telluriques étaient toujours les mêmes, mais il manquait le germe de la maladie, et un navire l'a apporté.

Le fait de M. Boëns n'a pas cette valeur. Un homme contracte la petite vérole dans une prison où la maladie ne règne pas. Mais sait-on à quelle distance les germes morbifiques peuvent se transporter? Il est admis que les fièvres intermittentes s'engendrent par le fait de miasmes qui se produisent dans les terrains marécageux. Eh bien, il est prouvé que dans certaines conditions, ces miasmes vont atteindre des sujets à deux lieues de l'endroit où ils se sont produits. Et vous voudriez qu'il fût impossible à un miasme (je ne dis pas à un vibrion, je ne décide pas la question) d'aller s'attaquer à un détenu, dans une prison située au centre d'une grande agglomération!

M. Boëns. — A entendre les honorables préopinants, il semble que je sois à peu près seul à admettre l'idée que certaines maladies spécifiques, si pas toutes, peuvent se créer spontanément.

Une concession vient déjà d'être faite cependant par

M. Lefebvre; les maladies virulentes, selon lui, ont dû se créer spontanément, mais il ne sait pas quand.

Ce que je dis de la variole est également applicable à certaines maladies, qui aujourd'hui sont l'objet de controverses, comme la rage, le farcin, la morve, etc.

Je viens de déposer sur le bureau un ouvrage dû à un excellent médecin-vétérinaire qui cherche à démontrer que ces maladies se développent spontanément. Cependant elles sont spécifiques et elles sont également inoculables, transmissibles par germes.

L'opinion que j'ai émise et que je défends est partagée par un grand nombre de savants. Beaucoup d'illustrations de la médecine vétérinaire soutiennent que certaines affections inoculables, transmissibles de différentes manières par virus fixes et volatils, peuvent se créer spontanément. J'ai trouvé cette opinion dans la science, et j'ai voulu simplement la corroborer par un fait isolé dont vous pouvez nier l'importance, mais non l'exactitude. Les pièces officielles sont là. En définitive, je le répète, je n'ai pas produit ici une théorie dont je serais le père; je n'en suis que l'humble disciple.

Malgré l'argumentation de MM. Crocq, Thiry et Lefebvre dont j'apprécie le mérite, je me permets de leur dire que je m'en vais comme je suis venu, convaincu que la variole peut se créer spontanément. J'irai même plus loin; je sais bien que cela ne fera pas plaisir à M. Thiry, mais il faut bien que je dise ce que je pense; je crois que dans certains cas la syphilis elle-même a pu et peut encore se *créer spontanément*.

M. Thiry. — Cela ne me fait pas de peine du tout.

M. Boëns. — Cette évolution spontanée est possible pour la vérole aussi bien que pour la petite vérole. Je m'ex-

pliquerai, d'ailleurs, avec plus de détails, un jour ou l'autre sur ce sujet.

M. Lefebvre. — Messieurs, je crois qu'il y a ici un malentendu ; M. Boëns semble revendiquer comme une idée toute personnelle que certaines maladies infectieuses peuvent aujourd'hui encore s'engendrer spontanément (1).

M. Boëns. — Permettez, je n'ai pas dit cela ; j'ai déclaré, au contraire, que cette idée est dans la science et que je ne l'ai pas inventée.

M. Lefebvre. — J'accepte cette rectification. Il est fort inutile de défendre la thèse qu'un certain nombre de maladies spécifiques s'engendrent encore aujourd'hui spontanément. Je répète qu'il est probable que les maladies spécifiques ont dû primitivement s'engendrer spontanément par suite de certaines conditions que nous ne connaissons pas ; sinon, il faudrait admettre que le premier homme est venu au monde imprégné du germe de toutes les maladies.

M. Warlomont. — Mais non.

M. Lefebvre. — Je n'insiste pas. Je résume ma pensée en disant que les maladies spécifiques se partagent en deux groupes : il y en a qui ne se développent plus spontanément depuis les temps historiques ; j'ai cité la syphilis, la variole, la rougeole et la scarlatine ; mais il en est d'autres que nous voyons encore aujourd'hui naître en dehors de l'organisme. On peut dire qu'elles ont une double génèse. Leur virus producteur peut se développer en dehors de l'organisme, dans le sol ou dans l'air ; il pénètre ensuite

(1) Il est à peine nécessaire de répéter que par l'expression impropre, mais généralement reçue, de génération spontanée des virus, j'entends leur développement dans un autre milieu que l'organisme : le sol, l'air, les eaux, etc.

dans l'organisme où il se reproduit et peut se propager à d'autres sujets. Je cite, comme types des maladies de ce second groupe, la fièvre typhoïde et le choléra.

Nous voyons le virus typhique naître au sein de matières organiques en décomposition; une fois engendré, il se reproduit chez le sujet qui l'a reçu du sol ou d'ailleurs, et il part de là pour se transmettre d'individu à individu.

Il est très probable que le virus du choléra naît spontanément sur les rives du Gange; une fois constitué, il s'attaque à l'organisme humain, s'y reproduit et, de ce foyer secondaire, il s'irradie sur toute une population.

Je conclus : M. Boëns a raison quand il affirme que certaines maladies spécifiques s'engendrent encore spontanément de nos jours; mais celle dont il parle, la variole, ne naît plus spontanément depuis les temps historiques, et le fait qu'il a cité est sans valeur dans la question.

M. Barella. — M. Boëns nous a fait tantôt ressortir les conditions hygiéniques favorables que réunit la prison cellulaire de Charleroi. Comme j'ai pu m'en assurer, cet établissement est, en effet, très bien tenu; ce qui n'a nullement empêché une épidémie de fièvre typhoïde d'y éclater, il y a quelques années. Un certain nombre de détenus en furent atteints; ils furent renvoyés dans leurs foyers. Je fus amené incidemment à divulguer le fait, à propos du compte rendu, que j'avais publié dans un journal de Charleroi, de l'ouvrage de M. Stevens sur les prisons cellulaires. Le lendemain, M. Boëns, médecin de la prison, m'infligeait un démenti. Et cependant, j'avais les mains pleines de preuves : trois individus de Chapelle-lez-Herlaimont, détenus préventivement, étaient revenus atteints de la fièvre

typhoïde ; l'un d'eux même eut une fièvre ataxo-adynamique, excessivement violente, à laquelle il succomba.

Il n'y avait pas de fièvres typhoïdes dans la commune à cette époque ; elle y est, du reste, toujours très rare et ne s'y présente guère que sous forme sporadique. Je savais que dans d'autres communes, à Carnières, à Bellecourt, à Morlanwelz, ailleurs encore, des individus étaient revenus de la prison cellulaire de Charleroi atteints de cette affection. Un détenu d'Anderlues, reconduit en voiture avec toutes les précautions possibles, le dimanche soir, était mort le mardi sans avoir repris connaissance. A Piéton, autre décès dû à la même cause. La victime présenta également les accidents les plus graves de la fièvre typhoïde ataxo-adynamique.

Voilà pour les faits qui sont arrivés à ma connaissance, mais, à côté d'eux, il en est d'autres, sans doute, qui n'y sont pas parvenus. A quelques jours de là, je vis M. le comte de Glymes, procureur du Roi à Charleroi. Cet honorable magistrat me dit que réellement il y avait eu une épidémie de fièvre typhoïde à la prison cellulaire de cette ville, et il m'en donna l'explication. Par suite de travaux qui avaient été exécutés à un bras de la Sambre, l'égout collecteur, qui charrie les matières excrémentitielles des détenus, s'était obstrué, ce qui très probablement avait occasionné l'épidémie. On le voit, messieurs, les maladies infectieuses se développent à Charleroi, comme partout, sous l'influence des mêmes causes.

— La discussion est close.

2. L'INOCULATION CRITÈRE ; par M. WILLEMS, correspondant.

Depuis un grand nombre d'années, je me suis efforcé de prouver que les animaux de l'espèce bovine auxquels j'ai inoculé les germes de la virulence de la pleuropneumonie, sont prémunis contre les atteintes ultérieures de cette maladie. Les faits cliniques que j'ai recueillis dans la pratique, pour établir cette vérité, sont nombreux, constants et ne laissent plus de doute sur la prophylaxie octroyée par l'inoculation aux animaux qui l'ont subie.

Des sujets bien portants, les uns inoculés, les autres pas, ont été placés, en nombre égal, dans les mêmes conditions de stabulation et d'alimentation, soit dans des endroits infectés par la péripneumonie, soit en contact direct avec des animaux malades, et les uns sont restés constamment indemnes, là où les autres ont succombé à l'infection pleuropneumonique.

Ces faits se sont répétés d'une manière si constante et si évidente qu'ils ont nécessairement entraîné la conviction inébranlable de l'immense majorité des praticiens et des détenteurs de bétail. Mais les adversaires de l'inoculation préventive ont opposé à ces faits si probants, d'autres faits qu'ils appellent *négatifs*, c'est-à-dire, où cette opération serait restée en défaut, et ils ont prétendu que la certitude, quant aux vertus préservatrices de l'inoculation, n'est pas encore suffisamment établie.

Dans le but de rendre à ces faits si probants et parfois cependant encore contestés toute leur évidence, il fallait trouver le moyen de leur appliquer la preuve scientifique expérimentale. A cet effet, j'ai eu recours, depuis longtemps

déjà, mais plus particulièrement dans ces derniers temps, à la méthode expérimentale des contre-épreuves, au moyen de la réinoculation, méthode qui fournit le critérium de l'immunité acquise par une première inoculation fructueuse.

La démonstration scientifique de l'efficacité de l'inoculation, au moyen de cette méthode rigoureuse et certaine, peut être donnée aujourd'hui à volonté, car l'inoculation doit être reconnue efficace, puisque le virus de la péripneumonie, inséré dans le tissu cellulaire des régions où il est très abondant, demeure sans effet. Il en est de même pour l'inoculation du charbon des moutons et celle du choléra des poules qui, selon MM. Chauveau et Pasteur, n'ont plus de prise, dès que l'immunité est acquise par une première saturation de l'organisme au moyen de l'élément virulent.

Un enfant vacciné une première fois avec succès n'est plus apte, au moins pendant un certain temps, à être influencé une seconde fois par le vaccin.

Tout le monde sait que quand l'inoculation se pratique pour la première fois sur un animal, vierge de toute imprégnation de virus péripneumonique, dans des endroits riches en tissu conjonctif, tels que le cou, l'encolure, derrière les oreilles, au fanon, etc., l'acuité du virus est telle que la repullulation sur place de ses éléments virulents donne naissance à des tumeurs si considérables qu'elles déterminent rapidement la mort.

D'un autre côté, j'ai relaté un grand nombre de faits où des sujets, inoculés à la queue une première fois avec succès, ont acquis une immunité parfaite contre une deuxième et troisième inoculation, même quand la matière virulente est insérée dans des endroits dangereux, parce que leur

organisme se trouve par là transformé en un milieu inapte à la culture des germes de la virulence.

C'est là le critérium de l'immunité acquise par l'inoculation.

M. H. Bouley, l'illustre inspecteur des écoles vétérinaires en France, qui, sa vie durant, s'est beaucoup occupé de l'étude de la péripneumonie, a appliqué l'inoculation critère derrière l'oreille et au fanon, et en rendant compte, devant la Société centrale de médecine vétérinaire de Paris (séance du 24 février dernier), de ce fait en même temps que des nombreuses expériences d'*inoculations critères* signalées dans le mémoire sur la *non-récidive de la péripneumonie* que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie, il ajoute :

« Les faits cliniques témoignent de l'efficacité préventive de l'inoculation, mais ils n'en donnent pas la preuve scientifique irréfragable.

« Cette preuve, Messieurs, elle est trouvée; nous la possédons actuellement, et il nous est devenu possible de résoudre, d'une manière définitive, je le crois, cette question, tant controversée dans la pratique, de savoir si l'inoculation proposée par Willems, depuis plus de trente ans, confère ou non, aux animaux qui l'ont subie, l'immunité contre les attaques de la péripneumonie. »

Et dans une autre séance, celle du 25 novembre 1880, ce savant s'exprime ainsi :

« Quoi qu'il en soit des conclusions que l'expérience que je viens de rappeler peut autoriser, voilà un moyen scientifique certain, rigoureux, de juger la valeur de l'inoculation. Si les vaches inoculées ont acquis une immunité démontrée par l'impuissance d'une deuxième inoculation à produire des effets, même dans une région *défendue*, la question de

l'efficacité préventive sera résolue. Il n'y aura plus qu'à résoudre le problème de son *inefficacité* dans les cas où elle se manifeste, c'est-à-dire à trouver la raison des faits négatifs. »

Si je reviens aujourd'hui sur cette question si importante et si pleine d'actualité, c'est pour répondre à une objection dont mes expériences ont été l'objet et qui consiste à prétendre que les réinoculations que j'ai rapportées n'ont pas pu produire leurs pleins effets, parce qu'elles étaient faites à la queue, où le tissu cellulaire est serré et peu abondant, ou à la peau de la face extérieure de la fesse, qui est dure, coriace et par conséquent peu propre à l'expansion de l'exsudat plastique et à la manifestation de l'activité de la matière virulente.

Pour répondre à cette objection, je viens mettre sous les yeux de l'Académie deux séries d'expériences propres à enlever tout doute relativement à la valeur expérimentale des réinoculations que j'ai faites, et c'est là le but de ma présente communication.

En 1852, la pleuropneumonie envahit les étables de la ferme de Herckenrode, près de Hasselt, et y fit quelques victimes. 16 belles vaches qui se trouvaient encore à la ferme furent *inoculées*, *toutes au fanon*, avec du virus péripneumonique frais. Ces inoculations produisirent des désastres rapides et effrayants; elles furent suivies de tumeurs énormes formées par la matière d'exsudation envahissant le tissu connextif; de profondes scarifications y furent pratiquées, et un liquide plastique, séreux, en tout semblable à celui qui vient sourdre à la surface des tranchées faites dans un poumon hépatisé, s'en écoula avec une abondance à remplir plusieurs seaux par jour. Au bout de trois à quatre semaines, *douze* de ces bêtes succombèrent à la violence des

progrès du processus exsudatif, ou durent être livrées à l'abattoir.

Les pertes étaient grandes, et le vétérinaire du Gouvernement, qui avait pratiqué ces opérations, contrairement à l'avis du propriétaire, M. Claes, mis en cause par celui-ci, dut demander à l'administration de l'agriculture d'intervenir à l'effet de l'indemniser.

L'expérience de tous les temps nous a suffisamment prouvé qu'il en est toujours ainsi quand l'inoculation est faite dans des endroits du corps de l'animal où le tissu cellulaire est laxe et abondant. C'est pour ce même motif que j'ai constamment préconisé la partie inférieure de l'appendice caudal, comme l'endroit le plus favorable pour y déposer les germes de la virulence.

Si maintenant — et c'est là la contre-épreuve dont je viens faire part à l'Académie — je choisis seize bêtes à cornes bien portantes ayant subi une première inoculation caudale fructueuse, que je pratique à ces animaux une deuxième ou une troisième inoculation avec du virus provenant d'une bête même gravement atteinte de pleuropneumonie; que j'insère ce virus soit au fanon, soit derrière les oreilles, soit dans la gouttière de la jugulaire, endroits où la peau est très souple et se prête parfaitement à l'envahissement de la matière exsudée, et que par cette opération je n'obtienne, contrairement à ce que nous venons d'observer sur le lot des bêtes précédentes, aucune manifestation morbide, aucun gonflement, aucune réaction à l'endroit inoculé, ne suis-je pas autorisé à conclure que la première inoculation a été infectante de tout l'organisme et qu'elle a procuré aux sujets l'immunité contre l'infection inoculatrice et contre l'infection naturelle?

C'est cette preuve, Messieurs, faite avec toute la rigueur et toute la précision possible, que je viens vous apporter et soumettre à votre jugement éclairé.

Ces expériences ont été faites il y a quelques semaines, à mes risques, dans les étables de quatre distillateurs du chef-lieu du Limbourg, sur le bétail qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition.

Avant de faire l'histoire de ces nouvelles expériences, il est bon de faire remarquer que tous les sujets qui ont été soumis à la méthode des contre-épreuves, avaient été préalablement *inoculés avec succès* quelque temps auparavant et choisis à dessein parmi plusieurs autres, parce qu'ils avaient tous perdu, par le fait de l'inoculation, une partie plus ou moins considérable de l'appendice caudal.

Ces *inoculations critères* ont été pratiquées à la peau au moyen de petites incisions de 1 à 2 centimètres de long, en évitant avec soin l'écoulement du sang et en introduisant dans ces petites plaies en *grande abondance* l'exsudat pulmonaire, recueilli sur une bête pneumonique.

Etables de M. Nys. — Le 9 avril dernier, je réinocule au fanon et derrière l'oreille gauche :

1° Un bœuf blanc et noir, figurant à l'étable sous le n°657, à demi-gras, de race indigène, âgé de 4 ans, ayant perdu une partie de la queue par une inoculation précédente, faite six semaines auparavant.

La matière à inoculer a été prise dans le poumon d'un bœuf atteint de pleuropneumonie et abattu le même jour.

L'inoculation de ce virus est restée absolument stérile; tandis que son insertion à d'autres bêtes, vierges de toute imprégnation virulente, a produit ses effets ordinaires.

Etables de MM. Croonenberghs. — Le 24 mars dernier, je

réinocule au fanon par deux incisions, une de chaque côté ;

2° Un taureau, robe rousse, âgé de 2 ans, race indigène, bien portant, classé à l'étable sous le n° 35, inoculé une première fois le 15 février. Au bout de quelques jours les petites plaies faites au fanon sont parfaitement cicatrisées.

Le même jour et avec le même virus sont inoculés une vache et cinq bœufs, vierges de toute inoculation, sur lesquels se manifeste la réaction locale ordinaire.

Le 9 avril dernier, j'ai réinoculé au fanon et derrière l'oreille gauche de la même manière que chez le sujet précédent :

3° Un bœuf, blanc-noir, âgé de 2 ans, à demi-gras, (n° 463) dont la queue est mutilée par une inoculation faite le 25 décembre 1880 ;

4° Un bœuf (n° 71), roux, âgé de 4 ans, inoculé le 1er janvier précédent.

Le liquide à inoculer a été recueilli le même jour sur une bête malade et a été inoculé aussi à 9 bœufs, vierges de toute inoculation. Sur les deux premiers, la réinoculation n'a eu aucune suite, tandis que sur les 9 derniers elle a été suivie de ses effets ordinaires.

Le 12 avril dernier, j'ai réinoculé derrière l'oreille gauche et dans la gouttière de la jugulaire :

5° Un bœuf (n° 38), roux, âgé de 3 ans, inoculé une première fois deux mois auparavant ;

6° Un taureau (n° 74), âgé de 3 ans, blanc-noir, à demi-gras, très bien portant, ayant subi une première inoculation caudale six semaines auparavant.

Le virus à inoculer a été pris le même jour sur un bœuf malade provenant des étables de M. Ponet, distillateur. Ces inoculations sont restées stériles.

Le 17 avril dernier, j'ai réinoculé derrière l'oreille gauche et au fanon :

7° Un bœuf (n° 29) noir, âgé de 3 ans, en bon état de graisse, inoculé avec succès le 15 janvier de cette année;

8° Un taureau (n° 471) noir-blanc, âgé de 3 ans, inoculé avec succès le 15 janvier précédent.

La matière à inoculer a été prise sur une vache malade abattue le même jour. Ces inoculations sont restées sans effet, tandis que seize autres bêtes, inoculées pour la première fois et avec le même virus, ont éprouvé les suites ordinaires de cette opération.

Etables de M. Vanrey. — Le 24 mars dernier, j'ai réinoculé au fanon par une petite incision de chaque côté :

9° Un bœuf (n° 20), âgé de 2 ans, blanc et roux, race indigène, à demi-gras, ayant perdu la queue presque toute entière par une inoculation faite trois mois auparavant.

Le 9 avril 1881, ont été réinoculés dans la gouttière de la jugulaire et derrière l'oreille gauche :

10° Un taureau (n° 23), gras, âgé de 2 ans, blanc et noir, ayant la queue entièrement enlevée à la suite de l'inoculation faite deux mois auparavant;

11° Un taureau (n° 35) blanc et roux, gras, âgé de 2 1/2 ans, à queue coupée par inoculation faite trois mois auparavant.

Ces inoculations ont été faites avec du virus frais, le même que celui qui a servi aux inoculations pratiquées le même jour chez MM. Croonenberghs.

Le 17 avril, le n° 23 présente derrière l'oreille, à l'endroit de l'implantation du virus, une petite tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de pigeon, et au cou une autre petite tumeur de même nature, de la grosseur d'une noisette. Le 27 avril, la tumeur derrière l'oreille s'est ramollie et il s'en

échappe un liquide transparent; quinze jours après les deux tumeurs ont disparu.

Etables de M. Ponet. — Le 12 avril dernier, j'ai réinoculé, avec du virus pris le même jour sur une bête malade, derrière l'oreille gauche et dans la gouttière de la jugulaire :

12° Un bœuf (n° 27), âgé de 3 ans, noir et blanc, inoculé pour la première fois le 24 janvier 1881 ;

13° Un taureau (n° 83), âgé de 2 ans, roux et blanc, inoculé une première fois le 8 décembre 1880.

Le 27 avril :

14° Un bœuf (n° 11), noir et blanc, âgé de 4 ans, inoculé le 24 janvier précédent;

15° Un bœuf (n° 21), roux, gras, âgé de 3 ans, inoculé une première fois avec succès, le 24 janvier précédent, et une seconde fois, sans succès, le 13 avril dernier.

16° Un bœuf très avancé en graisse, âgé de 4 ans, inoculé avec succès le 24 janvier et réinoculé sans suite, le 13 avril de cette année.

Le virus ayant servi à ces dernières inoculations provenait d'une vache malade abattue le même jour. Dix-sept autres bêtes, vierges de toute imprégnation virulente, ont été inoculées pour la première fois avec ce virus et ont présenté les suites ordinaires de cette pratique. L'une d'elles même offrait le 17 mai un engorgement très considérable à l'appendice caudal.

Le 3 mai, le n° 11 présente derrière l'oreille une petite tumeur dure de la grosseur d'un œuf de pigeon et aussi un peu d'engorgement au fanon, à l'endroit des petites incisions où a été déposé le virus. Ces gonflements restent stationnaires jusque vers le 20 mai, et puis après, ils disparaissent insensiblement.

Je tiens à dire que, lorsque l'expérience a été faite sur ces animaux, j'ai eu soin de prendre comme témoins un certain nombre de sujets, vierges de toute inoculation, pour constater la différence d'action du virus sur les deux groupes d'animaux.

Toutes ces bêtes, qui ont subi l'inoculation critère, sont restées parfaitement bien portantes et n'ont pas ressenti le moindre effet de cette opération, sauf deux d'entre elles, sur lesquelles j'ai remarqué un léger engorgement, à l'endroit où s'est faite l'inoculation. Ces animaux n'étaient donc pas encore parfaitement invulnérables, l'immunité n'était pas complète, puisque le virus, dans des limites fort restreintes, il est vrai, a encore pu pulluler sur place; ce qui tend à faire croire qu'il y a des degrés dans l'immunité; que dans certains cas elle n'est pas complète au moyen d'une première inoculation et qu'une seconde est nécessaire pour empêcher la récidive. C'est ce que comprennent très bien aujourd'hui plusieurs distillateurs de la ville, et notamment M. Nys, qui font inoculer régulièrement deux fois leur bétail. Aussi est-il vrai que les cas de pleuropneumonie sont beaucoup moins fréquents dans leurs étables que dans celles de MM. les distillateurs qui ne suivent pas cette sage pratique.

Nous constatons par le résultat de ces expériences, d'un côté, que sur *seize* bêtes bovines, inoculées au fanon pour la première fois, douze succombent aux suites de cette pratique, et de l'autre, que *seize* bêtes, ayant subi une première inoculation fructueuse, inoculées une seconde fois aux mêmes endroits que les précédentes, ne ressentent aucun effet de cette seconde opération.

Ne suis-je, par conséquent, pas autorisé à dire que l'ino-

culation caudale est efficace, puisqu'une seconde inoculation reste absolument sans effet, et ces expériences ne prouvent-elles pas que, dans le premier cas, le terrain où sont déposés les germes de la virulence péripneumonique est propice à leur culture, et que, dans le second, il est épuisé, il est impropre à leur régénération ?

Si, après cette démonstration de l'immunité acquise par les animaux inoculés, les adversaires de cette doctrine, qui deviennent de jour en jour plus rares, invoquent encore à l'appui de leur manière de voir, les faits négatifs qui s'observent parfois dans la pratique, il reste à rechercher les raisons de leur existence. Ces raisons peuvent tenir à une foule de circonstances, mais ne sauraient en aucune manière prévaloir contre ce qui est établi à l'évidence, car les faits ne sauraient être contradictoires, dit M. Bouley, et il ajoute que la seule conclusion à tirer des faits négatifs de l'immunité, c'est que l'action préservatrice, inhérente au virus, n'a pas pu être effective, à raison des conditions particulières, qui doivent être recherchées et déterminées, telles que l'altération du liquide virulent, au moment où on en fait l'application ; l'hémorragie de la plaie d'insertion ; la trop grande densité du tissu cellulaire à l'extrémité caudale ; la préexistence de la maladie à l'état encore latent d'incubation au moment où on a recours à l'inoculation, etc.

J'ai tenu, Messieurs, à vous prouver la vérité de la doctrine que je soutiens, non au moyen de phrases, de séduisantes hypothèses, d'ingénieuses inductions ; mais en vous présentant des faits indéniables, résultat direct de la méthode expérimentale, que tous vous pouvez, à volonté, contrôler et vérifier. Du reste, si quelqu'un parmi vous n'était pas suffisamment convaincu de la vérité et de la réalité des con-

tre-épreuves que je viens de relater, je m'offre volontiers à les refaire en votre présence et sous votre contrôle.

Messieurs, la relation des diverses séries d'expériences d'inoculations critères auxquelles je me suis livré depuis quelque temps a été fort bien accueillie en France et a porté la conviction dans les esprits des savants de ce pays; la confiance dans l'inoculation prophylactique est devenue si grande et si universelle que le gouvernement a cru devoir inscrire dans le nouveau projet de loi sur la police sanitaire des animaux domestiques une disposition tendant à rendre *obligatoire l'inoculation dans les localités déclarées infectées de péripneumonie* (1).

Cette nouvelle importante nous est donnée par M. Bouley, le savant inspecteur des écoles vétérinaires.

Voici ce qu'il dit, dans sa *chronique* du mois de juin insérée dans le *Recueil de médecine vétérinaire de Paris.*

« *L'inoculation de la péripneumonie consacrée par la loi sur la police sanitaire.* — Le projet de loi sur la police sanitaire des animaux contient, dans son article 9, une disposition que M. Desrotours y a fait introduire et qui va donner, à l'inoculation, comme mesure prophylactique, une consécration légale. Elle est ainsi rédigée :

« ART. 9. — Dans le cas de péripneumonie contagieuse, » le Préfet devra ordonner l'abatage, dans le délai de deux » jours, des animaux reconnus atteints de cette maladie par » le vétérinaire délégué, et l'*inoculation des animaux d'espèce* » *bovine dans les localités déclarées infectées de cette maladie.* »

« Le législateur va-t-il au-delà de ce que les faits autorisent en adoptant cette clause qui implique, comme décidé-

(1) La loi rendant l'inoculation obligatoire a été votée par les chambres françaises (10 août 1881).

ment démontrée, l'efficacité préventive de l'inoculation? Il n'y a pas encore longtemps qu'à cet égard des doutes auraient pu être formulés, car la preuve scientifique de cette efficacité n'avait pas été trouvée. On ne pouvait invoquer en sa faveur que le chiffre élevé des faits cliniques qui en témoignaient, mais dont le témoignage n'était pas accepté comme suffisant par un certain nombre de praticiens, parce qu'ils croyaient pouvoir lui opposer des faits assez nombreux où l'inoculation s'était montrée défaillante. Ces faits négatifs, dont il faut rechercher les conditions, ne laissaient pas de jeter de l'incertitude dans les esprits à l'endroit de la valeur certaine de l'inoculation, et même les croyants se trouvaient ébranlés dans leur foi, lorsqu'après des faits positifs qui l'avaient affirmée, ils voyaient survenir tout à coup des insuccès dont la raison leur échappait. Pourquoi, dans des conditions en apparence identiques, l'inoculation ne donnait-elle pas des résultats constants, invariables, comme fait la variole ou la vaccine? Pourquoi, dans des cas, était-elle suivie d'une immunité complète, absolue, contre les atteintes de la contagion? Pourquoi, dans d'autres, laissait-elle les animaux vulnérables tout autant que s'ils ne l'avaient pas subie? La raison de ces oscillations dans les effets doit se trouver dans les différences de composition des liquides qu'on inocule, lesquels, sous des apparences semblables, peuvent être doués de virulence ou en être dépourvus. A cet égard, il y a des recherches à faire et le problème deviendrait facile à résoudre par les procédés de culture, si l'on parvenait à bien établir la nature microbienne de la péripneumonie, car, le microbe trouvé, on pourrait réussir à l'obtenir pur, et, une fois maître de lui, à lui faire produire des effets constants et certains, comme ceux, par exemple, que l'on détermine avec la bactéridie

charbonneuse des liquides de culture, qui, toujours, se montre fidèle à elle-même.

« Mais si le problème de la condition d'où procède, dans de certains cas, l'inefficacité de l'inoculation de la péripneumonie demeure, une chose est acquise dès maintenant et suffirait seule pour justifier l'obligation de l'inoculation que la loi doit prescrire dans les circonstances qu'elle détermine : c'est la démonstration scientifique de l'immunité que l'inoculation est susceptible de conférer. Cette démonstration ressort évidente et absolument incontestable de l'invulnérabilité des animaux inoculés à la région caudale, contre les effets du virus inséré dans toute autre région du corps : effets si puissants, si énergiques sur les animaux vierges de toute inoculation, qu'ils se traduisent par des engorgements envahissants qui deviennent en quelques heures gangréneux et mortels. »

Vous le voyez, Messieurs, l'inoculation préventive de la péripneumonie bovine, qui depuis un certain nombre d'années a eu à soutenir des luttes si passionnées et même quelquefois injustes, touche au terme final de son triomphe; cette opération appuyée sur les faits de la pratique, confirmée par la méthode expérimentale, va être consacrée par la loi française.

L'inoculation a été aussi rendue obligatoire par la loi, depuis 1878, dans un autre pays voisin, la Hollande. Or, depuis cette époque, d'après les derniers documents officiels, dans ce pays, on ne connaît pour ainsi dire plus la péripneumonie que de nom. Cependant la Néerlande avait été depuis un grand nombre d'années le foyer principal de l'épizootie péripneumonique en Europe.

La France, par la loi qu'elle va décréter, affranchira, j'en

suis sûr, ses riches troupeaux du tribut qu'ils payent depuis longtemps à ce fléau meurtrier.

Les frontières de la Hollande sont fermées à l'introduction en Belgique, du bétail malade, et d'ici à quelque temps il ne lui en arrivera plus, très probablement, de la France.

Il n'y aura donc plus alors qu'une voie par laquelle les bêtes malades pourront être introduites dans notre pays : l'Allemagne.

Il est à espérer que la Belgique, elle aussi, suivra l'exemple donné par les pays limitrophes que je viens de citer et qu'elle accueillera désormais avec plus d'empressement la pratique de l'inoculation; que cette pratique recevra plus d'encouragements de la part du Gouvernement, auquel incombe le devoir de veiller aux intérêts de l'agriculture, cette grande artère nourricière des nations.

3. ÉPIZOOTIES d'affections typhoïdes qui ont sévi parmi les chevaux du 2me régiment de guides, en garnison à Tournai, pendant les années 1879-1880 et 1880-1881; par M. HUGUES, correspondant.

Une maladie grave, à caractère épizootique, a, dans ces derniers temps, occasionné des pertes considérables dans l'espèce chevaline. Elle a pris une extension et un caractère inquiétants en France, où, aujourd'hui encore, elle n'a pas complètement cessé d'exercer ses ravages. En Belgique, elle a été observée dans diverses localités, et particulièrement au 2me régiment de guides, où, à deux reprises différentes, à la même époque annuelle, elle a attaqué un grand nombre de chevaux.

C'est le résultat des observations faites pendant le cours de cette double épizootie, que je me propose d'exposer à grands traits.

Si nous avons placé en tête de ce travail la suscription : *affection typhoïde*, ce n'est pas, disons-le bien vite, que ce titre nous paraisse irréprochable. Mais, si nous l'avons adopté, c'est que c'est celui qui répond le plus exactement à la nature de l'affection, pendant la principale période de l'épizootie. Nous disons que ce titre n'est pas irréprochable, parce que la maladie ne s'est pas toujours montrée identique à elle-même. Les symptômes et les lésions, observés pendant la dernière période de l'épizootie, avaient beaucoup d'analogies avec ceux de la seconde période, mais ne ressemblaient que de très loin à ceux de la première. Au début, c'était une affection inflammatoire; plus tard, le caractère adynamique se substitua au caractère sthénique; enfin, ce fut le caractère typhoïde qui domina et effaça tous les autres. Nous aurions pu réserver la dénomination : *influenza*, pour désigner la maladie de la seconde phase, et celle de maladie *typhoïde* pour la troisième; mais dans notre esprit, il n'y avait pas là deux maladies distinctes, mais deux degrés différents, répondant à une altération, toujours la même dans son essence, mais plus ou moins profonde, plus ou moins intense, du liquide circulatoire. Quant aux premiers cas morbides, ils pourraient être placés sous la rubrique : pleurésie, pneumonie et pleuropneumonie.

Marche de l'épizootie. — Vers la fin de novembre 1879, en deux ou trois jours, on nous présenta une quinzaine de chevaux, dont les uns refusaient simplement le manger, et dont les autres, outre le refus d'aliments, étaient tristes et toussaient fréquemment. Chez les premiers, à part l'anorexie et un peu de fièvre, il n'existait aucun symptôme sérieux. Chez les autres, il y avait inflammation aiguë des bronches, et même des poumons, inflammations à laquelle l'un d'eux succomba.

Là se borna cette éruption, qui n'avait guère soulevé d'inquiétude. Mais soudain, surviennent ces froids rigoureux et de longue durée, dont longtemps encore on conservera le souvenir. Le 30 novembre, la neige tombe en abondance, et le thermomètre descend à 16 et 18 degrés sous zéro. Pendant dix jours, les routes sont impraticables, et les chevaux doivent rester à la chaîne. Dès le 11 décembre, et jours suivants, un grand nombre d'entre eux refusent toute nourriture; chez plusieurs, il y a de la fièvre, de la gêne dans la respiration et de la toux.

Le 14 et le 15, les pleurésies et les pneumonies sont parfaitement dessinées sur trois sujets; elles le sont sur six autres les 16 et 17. En fin de compte, au dernier jour du mois, nous avions eu à combattre 24 affections sérieuses, parmi lesquelles six avaient eu un dénouement fatal.

La maladie continue à sévir. Mais, à partir de la fin décembre, et surtout du second jour de janvier, elle change d'aspect : sa physionomie se modifie considérablement; de sthénique qu'elle était, elle devient asthénique, adynamique.

Huit jours plus tard, une sorte d'accalmie se dessine, non seulement par une quantité moindre de malades, mais aussi par la diminution dans la gravité de l'affection. Le 9 et le 10, deux escadrons se mettent en route pour concourir à la répression des grèves aux environs de Mons; ils font deux étapes, et rentrent à Tournai. Durant cette absence, tous les chevaux ont joui d'une excellente santé. Il est vrai de dire que, pendant ces deux jours les trois autres escadrons restés au quartier n'avaient pas fourni de nouveaux malades.

Vers le 20, survient une nouvelle recrudescence, et, cette

fois, l'affection prend le caractère d'une épizootie typhoïde.

Enfin, aux derniers jours de février, une trève sérieuse et franche, cette fois, se dessine peu à peu. Les cas deviennent plus rares; et sauf deux qui restent isolés et qui sont particulièrement graves (XIV et XV), on peut dire que l'épizootie a pris fin. Elle avait duré plus de trois mois, avait atteint 130 sujets — y compris quelques chevaux d'officiers — et avait fait 23 victimes.

L'épizootie de l'année suivante a commencé le 18 novembre, c'est-à-dire à peu près à la même époque. Le premier cas avait été précédé et était accompagné de plusieurs cas de simple indisposition, n'ayant pour expression que l'inappétence plus ou moins absolue. Ce premier fut suivi d'un second, le 26 ; le troisième n'arriva que le 19 décembre. A partir de ce jour, les malades se succédèrent par à-coups jusque vers la mi-mars, époque après laquelle il n'y eut plus que quelques cas isolés.

Mais, à l'inverse de l'épizootie de 1879-80, qui avait indifféremment attaqué les chevaux de tout âge et de tous les escadrons, celle de 1880-81 s'est bornée presque exclusivement aux chevaux achetés dans le courant de l'année.

Sur un effectif de 98 chevaux, 66 furent malades.

En 1879-80, tous les escadrons, toutes les écuries du quartier fournirent leur contingent au fléau, à l'exception absolue des 24 chevaux de fourgons, qui, pendant les plus grands froids, n'ont jamais cessé un seul jour de faire un service d'autant plus actif et plus pénible, que les routes étaient plus mauvaises, par suite de la neige et de la gelée. De ces 24 chevaux, pas un seul n'a été malade. Tandis que l'année suivante, pas un cheval des escadrons ne fut atteint, la maladie se concentra exclusivement sur les chevaux de

la remonte de l'année et sur 4 chevaux de fourgons. Ceux-ci appartenaient à deux attelages et étaient placés, les uns à côté des autres, dans une écurie de 16.

Cette épizootie a été aussi meurtrière que son aînée; elle a fait 11 victimes.

Chez plusieurs malades, la convalescence a été très longue; elle a même duré, dans certains cas, trois et quatre mois. Chez plusieurs, une pneumonie chronique, ou un dépérissement lentement progressif, a amené la mort après cinq et six mois.

Plusieurs chevaux d'officiers logés en ville ont aussi subi les atteintes du mal. Tandis que chez les propriétaires civils, il n'y a pas eu, que nous sachions du moins, de cas observés.

Vers le 15 août 1880, une épidémie typhoïde s'est également déclarée parmi les hommes logés dans le même quartier. Elle s'est éteinte vers le 15 janvier suivant.

Symptomatologie générale. — Il est assez difficile de faire une symptomatologie générale. Car, ainsi qu'on peut le voir par la relation succincte de quelques faits particuliers, la maladie ne s'est pas manifestée d'une façon identique chez tous les sujets. Nous avons choisi les faits les plus marquants dans chacune des phases de l'épizootie, et ceux surtout dont la terminaison défavorable a permis de préciser les lésions pathologiques.

Nous voyons ainsi que, pendant la période de début, la maladie affectait un caractère sthénique bien prononcé : elle se traduisait par des inflammations franches qui appelaient un traitement antiphlogistique. Peu à peu, la maladie se modifia. Sa période prodromique devint plus courte; elle se caractérisait par la nonchalance, la perte de vigueur, d'énergie et l'absence d'appétit. Le pouls était petit, filant;

la respiration irrégulière, souvent saccadée et précipitée; les muqueuses apparentes prenaient une teinte jaunâtre, une teinte ictérique plus ou moins foncée. Puis, vers le quatrième ou cinquième jour, la maladie se localisait sur l'appareil pulmonaire ou sur les viscères abdominaux. Alors la marche était toujours chancelante; les reins étaient insensibles; les paupières étaient infiltrées; la toux était fréquente, sèche et quinteuse; l'expiration était plaintive et souvent accompagnée d'un bruit de chevrotement prononcé.

D'autres fois, la localisation se produisait sur les organes abdominaux, et l'on constatait des douleurs sourdes, du météorisme, de la constipation ou l'expulsion de crottins rares, petits, secs et coiffés d'une couche de mucus blanchâtre. La diarrhée était assez rare.

Dans quelques cas, survenaient des phénomènes nerveux, des accès vertigineux qui duraient quelques minutes.

Généralement, la maladie arrivait à sa période d'état du sixième au neuvième jour. L'amélioration était ordinairement marquée par une crise quelconque, soit la diarrhée, soit la diurèse, soit les accès vertigineux dont nous venons de parler.

Quand la maladie devait avoir une terminaison fatale, la prostration et la dyspnée augmentaient; le pouls devenait filant et irrégulier, et l'animal, qui s'était jusque-là maintenu debout, se laissait tomber et mourait, 5 à 10 heures plus tard.

C'est à la maladie caractérisée par ces principaux symptômes que l'on donne, d'ordinaire, le nom d'*influenza*. Elle n'est pas, tant sous le rapport des symptômes que sous celui des lésions, nettement séparée de la forme plus grave à laquelle nous avons réservé la dénomination de *typhoïde*;

l'une et l'autre forme ont des caractères communs, mais ils ont aussi des dissemblances assez prononcées.

Dans la forme typhoïde, la maladie éclate brusquement, sans que rien, dans l'attitude, dans la manière d'être du sujet, puisse faire pressentir son invasion. C'est ainsi que trois chevaux, placés dans la même écurie, mais éloignés les uns des autres, avaient, le matin, fourni le travail ordinaire. Ils avaient bien mangé à midi; ce n'est qu'au repas du soir qu'ils refusèrent toute nourriture. Déjà ils sont frappés de semi-paralysie; c'est à peine s'ils peuvent faire le trajet de deux centaines de mètres pour gagner l'infirmerie. La prostration est grande. Le pouls est mou, petit, filant, irrégulier; les battements du cœur sont tumultueux; les yeux sont larmoyants, les paupières sont gonflées, la conjonctive d'un rouge brique plus ou moins foncé, ou bien aussi, les capillaires sanguins sont dessinés en relief par suite de leur réplétion et de la stagnation sanguine. La muqueuse nasale est cyanosée; elle est parsemée de pétéchies; la muqueuse buccale est brunâtre, parfois couverte d'aphthes, ou elle est déjà dépourvue de son épithélium. La respiration est accélérée, pénible, accompagnée de gémissements et de chevrotements à l'expiration. L'animal reste debout, complètement immobile, insensible à tout ce qui se passe autour de lui, insensible même aux excitants, tels que appels de la voix, coups de fouet, frictions à la térébenthine. Les membres antérieurs sont campés et écartés, la tête est basse, à la hauteur des genoux, ou même touche la litière. D'autres fois, la tête repose sur la mangeoire, ou bien le malade appuie le front contre la muraille; il *pousse au mur*, comme dans le cas d'affection cérébrale. Dans ces derniers cas, le malade est comme frappé de torpeur; le

collapsus est profond. On remarque des tremblements et une sueur abondante dans différentes régions du corps, ainsi que des alternatives de froid et de chaud aux extrémités.

Ce qui caractérise cette affection, c'est son éclosion soudaine, c'est l'adynamie, c'est sa généralisation et sa grande instabilité quand une localisation se produit, c'est la profonde altération du sang. On ne constate jamais d'inflammation, mais seulement des congestions passives ; aussi la plèvre n'accuse-t-elle pas de douleur à la percussion; la toux même manque assez souvent. Son caractère métastatique est très prononcé. Ainsi, la localisation paraît se produire sur les poumons, et en quelques heures, elle émigre sur l'intestin, puis sur le tissu podophylleux, pour revenir de nouveau à la poitrine.

Dans tous les cas pourtant, l'intestin prend une large part à la manifestation. Vers le troisième ou quatrième jour, il y a presque toujours diarrhée pendant plusieurs jours.

Les matières rejetées sont brunâtres, mêlées de sang et de substances fibro-albuminoïdes soit en décomposition, soit en cylindres, comme dans l'entérite couenneuse. Les urines sont abondantes, brunâtres, quelquefois sanguinolentes. Elles forment mousse en tombant sur le sol, sans doute à cause de l'albumine qu'elles renferment. Les hémoptysies sont aussi assez fréquentes, ainsi que les hémorragies buccales provoquées par la toux. Si l'on pratique une saignée exploratrice, on obtient une petite quantité de sang noir foncé, coulant en nappe et ne se coagulant pas.

La température du corps est variable : elle va quelquefois jusqu'à 41° 5 et descend, en quelques heures, à 38° 5.

L'amaigrissement s'opère pour ainsi dire à vue d'œil.

La marche de cette forme est très rapide ; elle est quelquefois foudroyante ; des animaux sont morts en moins de 30 heures de maladie. Le retour à la santé est aussi quelquefois très brusque, aussi brusque même que l'éclosion de la maladie.

La maladie ne s'est pas toujours ouvertement révélée. Il est notamment deux cas (nos XIV et XV) où elle a couvé sournoisement, minant sourdement l'économie, et éclatant enfin tout d'un coup par la formation d'une lésion mortelle, telle que la perforation de la paroi intestinale.

Lésions nécroscopiques. — Dans toutes les autopsies des animaux morts avant la fin décembre, nous avons toujours rencontré (en 1879-80) les lésions de la pleurésie, avec ou sans épanchement, et de la pneumonie à différents degrés. Plus tard, les altérations étaient plus profondes.

Le péricarde était également épaissi, avait contracté des adhérences.

Le cœur était ramolli, gonflé, et presque toujours ses cavités gauches renfermaient un caillot volumineux de nature fibrineuse, lequel s'étendait parfois jusque dans les gros vaisseaux.

D'autres fois, les organes thoraciques sont moins altérés, et c'est l'intestin qui a le plus souffert. Il offre alors une teinte brunâtre, quelquefois cyanosée. La muqueuse est un peu épaissie, ramollie ; mais rarement on y rencontre des ulcères. Les glandes de Peyer sont peu ou point modifiées.

Le foie est, en partie ou en totalité, devenu jaune, sec, friable. La rate et les reins sont plus ou moins ramollis.

Le sang est noir, se coagule difficilement et offre à sa surface des gouttelettes graisseuses.

Voilà pour l'influenza.

Les lésions que nous avons observées dans la forme typhoïde sont autrement graves ; nous les résumons.

La rigidité cadavérique est excessivement rare et, quand elle existe, elle est faible et de très courte durée.

Le sang est noir, non coagulable; il se présente sous forme de bouillie analogue à du sirop de mûres.

Il tache fortement les mains, à la façon d'une matière colorante.

Le cœur est gonflé, ramolli et couvert de taches pétéchiales nombreuses qui lui donnent un aspect brunâtre, surtout vers la pointe. Ses cavités ne renferment jamais de caillot, mais sont remplies de sang épais, sirupeux. L'endocarde est brun foncé, couvert de pétéchies et se détache facilement du tissu sous-jacent.

Le péricarde est quelquefois tapissé d'une couche de matière albumineuse, faiblement adhérente; d'autres fois, sa surface est chagrinée, pyohémique, et le liquide que contient sa cavité est épais et de couleur chocolat; on dirait un mélange de pus et de sang.

Les plèvres ne portent aucune trace d'inflammation; on ne découvre, dans leur épaisseur et à la surface, ni vascularisation ni production de fausses membranes. Mais leurs surfaces en contact sont recouvertes d'une couche épaisse de un à deux centimètres, couche formée par une matière qui semble être de l'albumine coagulée et que je ne puis mieux comparer qu'à du blanc d'œuf cuit. Cette couche s'enlève facilement par le simple grattage fait à l'aide du dos d'un scalpel. L'adhérence est minime, car la surface de la séreuse est lisse et polie, comme elle l'est à l'état normal, et, je le répète, il n'y a nulle trace d'inflammation.

L'épanchement pleural n'est pas fréquent; quand il existe, il renferme des flocons albumineux.

Les poumons offrent des altérations de diverses natures que l'on peut rapporter soit à la stase ou congestion passive, soit à la pneumonie caséeuse, soit à la pneumonie interstitielle. Mais, une lésion que nous n'avons vu décrite nulle part (pas plus que cette couche d'albumine dont nous venons de parler, et qui recouvre les plèvres), c'est celle formée par les amas de fibrine que l'on trouve dans la trame du poumon. Ces amas, d'un volume variant de celui d'une noisette à celui d'un poing, sont constitués de fibrine pure, analogue à celle que l'on obtient par le fouettage du sang.

L'œdème du poumon est fréquent. Les interstices lobulaires sont remplis d'une matière albumineuse qui donne à la coupe un aspect analogue à celui que l'on observe dans les poumons d'une bête atteinte de pleuropneumonie exsudative.

L'estomac n'a jamais offert la moindre altération.

L'intestin grêle est souvent de couleur plombée; sa face extérieure présente de nombreuses taches suffusées; sa muqueuse est plus ou moins tuméfiée, ramollie, mais très rarement ulcérée. Les glandes de Payer sont peu ou point hypertrophiées. C'est le gros intestin, et notamment le gros côlon et le cœcum — vers la pointe — qui, d'ordinaire, sont les siéges d'altérations les plus nombreuses et les plus graves. A l'extérieur, sous le feuillet péritonéal, souvent il y a de nombreux foyers hémorragiques. La muqueuse est toujours très épaissie et irrégulièrement mamelonnée. Elle est le siége de nombreux ulcères dont quelques-uns ont plusieurs centimètres de diamètre. Plusieurs entament

toute l'épaisseur de la muqueuse, et finissent par perforer la paroi intestinale et par donner issue aux matières excrémentitielles. Celles-ci sont toujours très liquides, brunâtres, sanguinolentes et exhalent une odeur gangréneuse repoussante.

Le foie est ramolli, se réduit facilement en bouillie entre les doigts qui le malaxent; sa couleur est verdâtre, rarement jaunâtre. Rarement aussi, il est altéré dans tout son volume : ainsi, à côté d'un lobe sain, on trouve un lobe noirâtre, d'autres fois un lobe sec et friable.

La rate n'a été que bien peu altérée, et ces altérations consistaient en un gonflement et en un certain degré de ramollissement de la pulpe.

Les reins étaient presque toujours mous, flasques, mais sans altération anatomique.

Le péritoine était presque toujours exempt d'altération.

Nature de la maladie. — Il est dans notre travail une lacune que l'on pourra sans doute trouver regrettable : c'est l'absence d'examen microscopique et chimique. Mais nous sommes d'avis que ces sortes d'analyses ne peuvent et ne doivent être faites que par des personnes d'une compétence assurée. C'est précisément parce que aujourd'hui tout le monde a la prétention de *voir* au microscope qu'il y a tant d'opinions différentes, opposées sur un même sujet. Nous avons donc préféré nous abstenir. D'un autre côté, quelques écrivains, et entre autres M. Salle, auteur d'un mémoire couronné, sur la maladie dont nous nous occupons, ont eu l'occasion d'observer plusieurs épizooties. M. Salle déclare que les signes hématométiques ne sauraient être d'un très utile secours pour le diagnostic et pour le pronostic de ces affections.

Quoi qu'il en soit, la nature typhoïde de l'affection me paraît assez bien justifiée, si nous en jugeons par la nature de l'altération sanguine, des lésions anatomiques et même des symptômes observés. La lésion la plus constante est la séparation de l'albumine et de la fibrine du sang, et le dépôt de la fibrine et de l'abumine dans les tissus de l'organisme, notamment du poumon, et à la surface de la plèvre. C'est en outre l'incoagulabilité du sang, la décomposition de ce liquide, dont la matière colorante est pour ainsi dire mise à nu; c'est aussi une tendance très prononcée au travail de désorganisation, à l'ulcération.

Dans les cas sidérants, on pourrait trouver une grande ressemblance avec les affections charbonneuses, et peut-être aussi un degré de parenté avec les affections sceptiques.

Les tentatives d'inoculations auxquelles nous nous sommes livré ne sont guère de nature à nous fournir des renseignements positifs. L'inoculation a été pratiquée avec succès sur plusieures générations de lapins, avec du sang pris dans la cavité du cœur et du liquide pris dans la cavité péricardiaque; mais les inoculations ont été faites le matin, avec du sang recueilli sur un animal mort depuis la veille au soir (XIV). Ces liquides ont été pris dans des cavités closes, il est vrai, mais est-on bien certain néanmoins qu'il n'eût déjà subi une altération *post-mortem*? Je suis d'autant plus autorisé à le supposer que les mêmes inoculations, faites avec du sang du cheval, qui fait l'objet de l'observation XV, sang pris immédiatement après la mort, n'a produit aucun effet.

D'un autre côté, un cheval, qui avait une fracture incurable, a également été inoculé sans plus de succès.

Je ne puis non plus me rallier à l'opinion d'un assez grand nombre de médecins-vétérinaires français, qui considèrent cette maladie comme une maladie saisonnière, attaquant les jeunes chevaux de la remonte. Bien que dans l'épizootie de 1880 à 1881, la maladie se soit presque exclusivement limitée aux animaux achetés dans le courant de l'année, il n'en est pas moins vrai que ces animaux étaient pour ainsi dire acclimatés. En effet, les premiers cas se déclarent le 18 novembre, et le dernier achat remonte au 18 août; le premier malade avait, lui, été acheté le 5 juin, c'est-à-dire était au régiment depuis six mois.

Tandis que tous les malades de l'année précédente peuvent se répartir de la manière suivante :

Par âge.	Par année de remonte :
6 de 4 ans.	33 de 1879.
12 de 5 —	25 de 1878.
24 de 6 —	18 de 1877.
20 de 7 —	10 de 1876.
18 de 8 —	17 de 1875.
15 de 9 —	10 de 1874.
14 de 10 —	7 de 1873.
5 de 11 —	4 de 1872.
2 de 12 —	2 de 1870.
6 de 13 —	1 de 1868.
1 de 14 —	1 de 1867.
2 de 15 —	2 de 1865.
2 de 17 —	
1 de 18 —	
1 de 19 —	
1 de 20 —	
130	130

La maladie, pouvons-nous conclure, est bien une maladie spéciale, de nature typhoïde, dont l'influenza est un premier degré, et qui reconnaît pour lésion esssentielle la dissociation des éléments du sang, notamment de la fibrine et de l'albumine.

Nous n'avons jamais constaté de récidive. Serait-ce pour cette raison que les anciens chevaux ont été exempts de l'épizootie de 1880-81, les uns, parce qu'ils avaient été malades l'année précédente, les autres, parce qu'ils jouissaient de l'immunité?

Étiologie. — Au point de vue pratique, disait dernièrement un savant professeur de Louvain, M. Lefebvre, l'avenir est à la médecine étiologique. Et il ajoutait : « cette thèse, vraie pour les maladies sporadiques, est surtout applicable aux maladies épidémiques. La prophylaxie de ces maladies est d'autant plus importante, qu'une fois déclarées, nous n'avons souvent à leur opposer que des moyens curatifs insuffisants ». Ces judicieuses paroles sont surtout applicables à la médecine des animaux. Malheureusement, les causes morbigènes réellement efficientes sont souvent bien difficiles à découvrir; elles le sont surtout lorsqu'il s'agit d'une épizootie. C'est pour nous un devoir impérieux de les rechercher. Dans ce but, nous avons d'abord à nous enquérir des conditions au milieu desquelles la maladie s'est développée.

Les principales influences se rapportent naturellement aux conditions extérieures atmosphériques, aux habitations et au travail.

Conditions atmosphériques. — L'hiver de 1879-80 a été remarquable par sa précocité; il l'a été surtout par ses longues périodes de froid, d'une rigueur excessive.

Déjà le commencement de novembre avait eu ses brouillards humides, puis de petites gelées anodines, suivies de pluies froides. Le 30, arrivèrent les neiges abondantes, accompagnées d'un abaissement considérable de température, abaissement rendu d'autant plus sensible, que le vent nord-est soufflait avec assez d'intensité. Les routes devinrent impraticables; pendant dix jours l'on fut forcé de laisser les chevaux à l'écurie. Plus tard, à l'aide de certaine précautions, il fut possible de les promener à l'intérieur du quartier.

Ces froids intenses durèrent jusqu'au 28 décembre, c'est-à-dire 29 jours. Et encore le dégel qui commença alors ne dura-t-il que jusqu'au 14 janvier, époque à laquelle la neige tomba de nouveau et s'accumula en se durcissant par suite de la gelée. Le second dégel n'arriva que le 7 février; il fut complet et se continua par la pluie et le vent.

L'hiver de 1880-81 a été moins rigoureux, mais les froids furent cependant assez intenses pour jeter la perturbation dans la manière de vivre des animaux, et même dans certaines de leur fonctions physiologiques.

L'action de ces conditions inclémentes ne pouvait être limitée à l'extérieur des habitations; elles franchissaient celles-ci, dont elles modifiaient profondément les milieux. Pour se faire une idée de ce degré d'influence pour les cas qui nous occupent, il est bon de connaître l'exposition et la distribution des locaux.

Les chevaux sont logés dans 51 écuries, réparties en 12 blocs, dont l'orientation est différente pour la plupart. Les dimensions des écuries sont également très variables : les unes abritent 10 chevaux, d'autres 14, d'autres 20, et, enfin, deux peuvent en contenir 60 à 70. Dans celles-ci, il

y a absence de plafond. Le toit est en tuiles, dont un certain nombre en forme de manchon ouvert vers le bas.

Dans presques toutes les écuries, il y a des portes et des fenêtres placées en face les unes des autres. Joignons à cette disposition, l'exposition variée à tous les points cardinaux, la contenance si différente, et nous aurons démontré combien il est difficile de ventiler sans provoquer de vifs courants d'air. Quelles que soient les prescriptions les plus sévères, quelles que soient les recommandations les plus pressantes, il est impossible d'obtenir une surveillance assez active, assez soutenue pour régler la ventilation sans amener de trop grands froids. Je dirai plus : pour les petites écuries, dans des temps rigoureux, comme ceux de l'hiver 1879-80, il est matériellement impossible, surtout pendant la nuit, de fournir un air pur en même temps qu'un bon abri. Si l'on ferme portes et fenêtres, on trouve, le matin, les animaux dans une atmosphère chaude, humide, chargée d'ammoniac et d'autres produits de l'air confiné. Si, dans ces conditions, l'on fait sortir les animaux, on les tire d'un milieu de 18 à 20 et 22 degrés de chaleur, pour les plonger brusquement à l'air libre, dont la température était souvent de 10 à 18 degrés de froid. Si, au contraire, on laissait une fenêtre ouverte, le cheval placé à proximité de cette ouverture, recevait directement les atteintes de l'air glacé.

Bien souvent, en présence de ces difficultés, nous avons été très embarrassé pour fournir aux animaux l'air pur nécessaire. Des prescriptions spéciales furent données pour chaque écurie en particulier.

Malgré ces différences notables dans la disposition et dans l'aération des habitations, nous avons vu la maladie

atteindre indifféremment les chevaux de toutes indistinctement, grandes ou petites; on peut dire qu'il n'en est pas une qui n'ait fourni son tribut.

Il est pourtant une exception qu'il est important de noter : c'est celle des chevaux de fourgons. Ceux-ci, logés un peu moins bien peut-être que les autres, n'ont jamais cessé un seul jour, bon ou mauvais temps, de faire un service actif de camionnage pour les besoins du service. Eh bien ! de ces 24 chevaux, pas un seul n'a souffert de l'affection en 1879-80; mais l'année dernière, 4 d'entre eux en ont été atteints.

Un assez grand nombre de chevaux d'officiers, logés en ville, dans de bonnes conditions hygiéniques, ont également été malades.

Aliments. — Les aliments étaient de bonne qualité. Sur ma demande, on a distribué successivement des fourrages de provenances différentes. Ainsi, on a substitué l'avoine blanche à l'avoine noire, puis l'avoine indigène à celle de Russie. On a agi de même avec le foin et la paille. Du reste, cette année, les aliments étaient les mêmes pour tous, et une fraction seulement a été malade. Donc l'influence des aliments ne peut être prise en considération.

L'eau provient de quatre pompes éloignées les unes des autres; une cinquième pompe se trouve à l'infirmerie. L'eau a toujours été très bonne, potable, et n'a jamais offert la moindre altération.

Le travail. — On a voulu trouver dans l'excès du travail musculaire, une cause des maladies caractérisées par l'altération du sang. M. Bouley, entre autres, a cru trouver dans l'excès d'acide carbonique, d'acide lactique, de créatine, etc., une cause morbide efficiente. Cette influence

n'est pas encore démontrée. En tous cas, nous dirons que l'épizootie a éclaté à l'époque de l'année pendant laquelle les chevaux travaillent le moins.

Prédisposition. — Quelques auteurs, entre autres M. Salle, admettent une prédisposition qu'ils trouvent dans l'état d'embonpoint des animaux. Nous n'avons jamais constaté cette influence, et ne croyons guère à une prédisposition de cette nature.

Contagion. — Après toutes ces causes banales que l'on a pour habitude d'accuser dans toute maladie, nous arrivons à une autre, bien autrement importante, celle de la contagion.

Cette maladie, dont nous venons de retracer l'histoire, est-elle ou n'est-elle pas contagieuse? Les avis sont partagés, mais la majorité opine pour la contagion. Quant à nous, nous déclarons franchement que nous n'y croyons pas. Aucun fait positif ne nous a fait voir cette propriété; au contraire, il résulterait d'un ensemble de faits, dont le détail serait trop long, que la maladie ne s'est pas transmise là où les conditions de voisinage, de contact, en favorisaient la propagation.

On crie vite et volontiers à la contagion, quand on se trouve en présence d'un grand nombre de malades.

Ensuite que voyons-nous? La première année, la maladie éclate sur place, si pas dans toutes les écuries à la fois, au moins dans tous les escadrons. L'année suivante, malgré toutes les conditions favorables à la propagation, elle reste limitée au chevaux de remonte, logés dans des écuries différentes plus distantes entre elles qu'elles le sont des écuries d'escadrons.

Si la maladie eût été contagieuse, pourrait-on admettre

que sur près de 600 chevaux, un nombre aussi petit fût devenu malade? Qu'un nombre aussi grand eût joui de l'immunité?

Quant aux inoculations que nous avons tentées, la réussite obtenue avec le sang d'un cadavre ne donne pas une preuve suffisante.

Notre conviction est donc que la maladie n'est pas infectieuse; qu'elle s'est développée sous l'influence de causes inconnues, insaisissables, causes vers la découverte desquelles doivent tendre tous nos efforts. N'oublions pas de dire que les grands froids paraissent ne pas avoir été étrangers à l'éclosion de l'épizootie.

Prophylaxie. — La prophylaxie n'a été que l'application plus rigoureuse des principes de l'hygiène. Dès le début, en présence de ces nombreuses phlegmasies des voies respiratoires, nous avons cherché à atténuer, dans la mesure du possible, les rigueurs excessives des froids que nous accusions être le facteur morbigène le plus efficient. Tout travail fut momentanément suspendu et fut remplacé par des promenades au pas. La ventilation des écuries fut l'objet d'une attention toute spéciale. Elle fut exécutée et surveillée d'après les indications que, pour le jour et la nuit, nous avions données pour chacun des blocs en particulier. A ce point de vue, nos efforts visaient à donner la plus grande somme possible d'air pur, tout en ne laissant pas tomber la température intérieure au froid glacial.

Dès que la maladie se montra avec son inquiétante ténacité et avec son caractère adynamique, on redoubla d'assiduité dans la surveillance. Les denrées alimentaires furent tirées d'une source autre que celle qui les avait four-

nies jusque là. Chacun des repas fut surveillé par nous; et les officiers et sous-officiers devaient nous signaler tout cheval qui boudait contre ses aliments, ou qui offrait, dans ses attitudes, quelque chose d'anormal. Dès que le temps le permit, le régiment fit de longues promenades hors ville. Durant cette évacuation momentanée des écuries, les portes et les fenêtres étaient largement ouvertes de façon à renouveler toute la masse d'air.

Ceux qui étaient malades furent placés dans les petites écuries de l'infirmerie; toutes les autres affections, boiteries, blessures, etc., furent traitées dans les escadrons.

Deux autres écuries furent momentanément mises à notre disposition pour y placer les convalescents.

Quand le nombre de malades fut moindre, chaque écurie n'en reçut plus que deux, placés de chaque côté. Tous les 8 ou 10 jours, les murs furent badigeonnés à la chaux.

L'émigration nous paraît une mesure excellente. Il serait aisé de le faire sans grand déplacement. Il suffirait de construire des écuries-volantes en bois. Ces écuries serviraient au camp de Beverloo pendant les périodes de manœuvres, et remplaceraient très avantageusement les abris en paille. Puis, dès qu'une épizootie éclaterait dans une garnison quelconque, il suffirait d'expédier ce matériel, et en un jour ou deux, on pourrait élever ces écuries sur un emplacement convenable, répondant à toutes les conditions de l'hygiène et de la sécurité publiques.

Thérapeutique. — Pendant la première période, les antiphlogistiques et les révulsifs ont formé les bases de notre thérapeutique. Nous avons employé, tour à tour, ou en-

semble : la saignée, le seton, le vésicatoire, le sulfate de soude, le nitrate de potasse, le tartre stibié, l'aconit en boissons, l'ipécacuanha, le chlorhydrate et l'acétate d'ammoniaque en électuaire.

A la seconde et puis à la troisième période, nous avons ajouté, suivant les cas, l'huile phosphorée, la créosote et l'acide phénique; nous avons supprimé le seton et substitué, du moins pour les parois costales, le sinapisme au vésicatoire.

La saignée nous paraissait parfaitement indiquée aussi longtemps que la réaction fébrile était intense, que le pouls était accéléré, l'artère dure et que le sang n'offrait d'autre modification qu'une plasticité plus grande. Nous l'avons complètement abandonnée, dès que ces indications eurent disparu. En tout cas, si elle n'a pas guéri la maladie, elle a aidé à la guérir, en éloignant instantanément une cause de mort prochaine, la congestion des poumons. Il n'a pas été constaté, non plus, qu'elle eût retardé la convalescence ni prolongé celle-ci.

Les salins étaient indiqués, d'abord par leur action laxative, puis par leur action sur le liquide circulatoire dont ils modifient la plasticité.

L'émétique a une action contro-stimulante bien prononcée, qui en fait pour ainsi dire un spécifique contre les pneumonies.

L'ipéca a une action spéciale qui a été nettement mise en évidence par les expériences directes et par les observations cliniques de Stolte, Trousseau, Peter et, dans ces derniers temps, de M. Pecholier, de la Faculté de Montpellier. Ces auteurs admettent que l'ipécacuanha exerce sur la circulation interstitielle une sorte d'anémie parenchymateuse par

contracture vasculaire. L'action physiologique de cette racine a été déterminée (*Académie des sciences de Paris*, 1862) par de nombreuses expériences faites sur les animaux par le dr Pecholier. Cette action est sedative sur la circulation, la respiration; elle produit surtout l'*anémie* des poumons, en portant la fluxion sanguine vers le tube gastro-intestinal.

Son usage était donc indiqué dans les cas de pneumonie *au début de l'épizootie*. Cependant, nous devons à la vérité de dire que nos observations cliniques chez le cheval, ne nous permettent pas de partager l'enthousiasme des savants français. Il est vrai — et ceci a son importance — que chez nos malades, la période de congestion était de très courte durée; que souvent même elle passait inaperçue; dès que les lésions pulmonaires sont, non plus celles de la congestion, mais celles de l'inflammation, elles doivent, croyons-nous, parcourir leurs différentes phases, sans qu'aucun médicament, l'ipéca non excepté, puisse y apporter obstacle.

Il nous a semblé avoir obtenu de meilleurs effets des sels ammoniacaux, le chlorhydrate et l'acétate.

Plus tard, le caractère asthénique, adynamique et putride de l'affection, justifiait l'emploi de la créosote, de l'acide phénique et de l'huile phosphorée.

Nous considérons le seton comme un excellent révulsif, surtout lorsque son application est combinée avec celle d'un agent dont l'action est plus prompte, telle que celle du sinapisme ou du vésicatoire. Dans la seconde période de l'épizootie, deux engorgements de nature gangrèneuse, nous avertirent que l'usage du seton était devenu dangereux, en raison, sans doute, des altérations du liquide circulatoire.

Le vésicatoire que nous employons, produit une bonne évulsion et ne laisse pas de trace. Il est appliqué sur les parois costales, de chaque côté, sur une hauteur d'environ 15 centimètres, et une longueur, d'avant en arrière, de 35 à 40 centimètres. Son action n'est pas seulement révulsive, mais elle produit une excitation générale, souvent bienfaisante dans les maladies asthéniques. C'est à ce titre surtout que nous multiplions ses applications au poitrail et à la gorge. Il produit le décollement et la chute de l'épiderme. Aussi, faut-il avoir la précaution d'empêcher le cheval de se mordre, de se coucher, et de saupoudrer la partie dénudée avec de l'écorce de chêne ou de quinquina. Il faut réprimer ces nombreux petits bourgeons qui se développent sur le derme; si on les laisse se développer, il ne tardent pas à comprimer et à atrophier le bulbe pileux et par conséquent à provoquer des tares.

Nous préférons le vésicatoire au sinapisme parce que, en produisant l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire et sous-cutané, il produit un engorgement dont on n'a pas à craindre la disparition brusque. Tandis que la moutarde produit une sorte d'accumulation de sérosité sans grande inflammation. L'engorgement qu'elle provoque peut disparaître rapidement, sous l'influence d'un refroidissement ou d'un dérivatif quelconque.

Si, malgré ces avantages, nous avons substitué la moutarde au vésicatoire, c'est : 1° parce que la première a une action plus prompte, une action pour ainsi dire instantanée; 2° parce qu'elle peut être placée deux fois à la même place sans provoquer de pertes de poils.

Les sinapismes étaient faits de deux kilos de farine et d'eau piquante. Ils étaient appliqués pendant une heure et

un quart à une heure et demie, après que les poils avaient été préalablement rasés.

ANNEXES. — FAITS CLINIQUES.

I.

N° 434, Brhama, âgé de 9 ans, du 4e escadron, nous est présenté le 16 décembre. Depuis la veille au soir, il refuse l'avoine et ne mange qu'un peu de paille. A son entrée à l'infirmerie, il est triste; la respiration est accélérée, abdominale, l'expiration plaintive; la toux est fréquente, pénible et quinteuse; les muqueuses sont rouges, injectées; le pouls est dur, accéléré (65); la percussion thoracique est douloureuse sur toute l'étendue et accuse de la matité à droite; le murmure respiratoire est presque éteint à la région correspondante. La colonne vertébrale est flexible.

La phlegmasie des plèvres et d'une partie des poumons nous paraît bien établie.

Traitement. — Saignée, sous l'influence de laquelle le pouls acquiert plus d'ampleur et plus de souplesse; application d'un vésicatoire aux parois costales. A l'intérieur : sulfate de soude et émétique en lavage.

Le soir, la température rectale est de 38°9; le malade prend un peu de farine.

Pendant trois jours, l'affection semble ne pas s'aggraver; la gêne de la respiration est même moins prononcée.

Le 20, les symptômes prennent un caractère inquiétant. La fièvre reprend de l'intensité, le pouls devient dur et rapide, la tristesse et l'anxiété augmentent; la perméabilité pulmonaire perd de sa capacité; la température rectale est de 41°.

Nous faisons appliquer un nouveau vésicatoire au poitrail. et continuons l'émétique et le sulfate de soude.

21. Le pouls est petit, filant, précipité. Il n'est pas possible de se faire illusion sur la manière dont se terminera la maladie; la mort nous paraît prochaine; cependant, elle n'arrive que le 24.

Autopsie. — Pleurite générale et péricardite, avec épanchement, dans l'une et l'autre cavité, d'un liquide foncé. Ces séreuses offrent une riche arborisation capillaire, mais sont indemmes de toute production pathologique à leur surface. Le lobe droit du poumon est presque totalement envahi par l'hépatisation rouge, ainsi que le tiers antérieur du gauche; le droit a considérablement augmenté de volume et, dans son épaisseur, existent plusieurs foyers d'hépatisation grise.

Le cœur est sain, ainsi que l'endocarde; il n'y a qu'un petit caillot dans la cavité droite. Le sang, à l'œil nu, paraît n'avoir subi aucune altération. Les organes contenus dans la cavité abdominale sont indemmes de toute lésion.

II.

N° 858, Diadelphe, âgé de 7 ans, 3e escadron, est amené à la visite le 21 décembre.

La physionomie symptomatologique est la même que celle rapportée dans le cas précédent; seulement, la prostration est plus grande, la fièvre est plus intense. Une saignée de cinq litres ne produit aucune action sur l'état du pouls. Le seton et le vésicatoire sont appliqués immédiatement, et l'on administre l'aconit et le nitrate de potasse.

Le lendemain, la pleuropneumonie double est à sa période d'état; la température est 40°5. Nous insistons sur

l'usage de l'ipéca, et du sulfate de soude et nitrate de potasse en boissons.

Dès le 23, le pouls devient irrégulier; les conjonctives s'infiltrent, la dyspnée augmente; la toux est plus pénible; la température est descendue à 39°6. L'animal fait constamment entendre des grincements de dents.

Le 24. Nouveau vésicatoire au poitrail.

Le 25. La révulsion est insignifiante. La respiration est saccadée avec mouvement de torsion des côtes. La matité s'étend à toute la surface thoracique, et il ne subsiste plus qu'une perception vague du murmure respiratoire. A la région cardiaque, les battements et les bruits du cœur sont étouffés. Le pouls est petit et irrégulier dans le rhythme comme dans la force. L'animal est campé et se déplace difficilement; chacun des mouvements qu'on lui fait faire est accompagné d'un gémissement plaintif. Le ventre est rétracté; la température rectale est de 39°8.

Diadelphe meurt le 1er janvier.

Autopsie. — Les feuillets pariétal et viscéral des plèvres sont recouverts d'une épaisse couche d'albumine coagulée, analogue à du blanc d'œuf cuit. La cavité contient une grande quantité de liquide citrin fortement albumineux dans lequel nagent de nombreux flocons.

Les poumons sont réduits à un volume excessivement petit et présentent, dans leur trame, de l'hépatisation à divers degrés, avec des foyers où la gangrène a produit un ramollissement sanieux. Le cœur a légèrement augmenté de volume. Le ventricule gauche renferme un caillot jaunâtre, dense; le ventricule droit renferme du sang noir incomplètement coagulé. Le sang est noir, liquide.

Les organes abdominaux sont sains, sauf le foie qui est jaunâtre, sec et friable.

III.

N° 915, Docile, 5 ans, de la remonte, entre le 21 décembre.

La physionomie générale est assez bonne, l'œil est vif, la muqueuse est légèrement infiltrée, mais de couleur normale; le pouls est bon, bien qu'un peu accéléré. Les mouvements respiratoires se font avec un peu de précipitation; il y a de la matité et de la diminution dans les bruits pulmonaires du côté droit. La température rectale est de 39°.

Nous ordonnons ipéca (20 grammes fractionnés pour la journée) uni au kermès, ainsi que le sulfate de soude en boissons. En même temps on applique un large vésicatoire. L'appétit étant conservé, nous ne modifions pas la ration.

Le pronostic est très favorable.

Le 22. La révulsion est satisfaisante. L'animal présente toutes les manifestations extérieures d'un cheval en bonne santé, et cette situation persiste pendant près de huit jours. Le 29, brusquement, et sans qu'il y ait perte d'appétit, on constate de l'accélération et de la difficulté dans la respiration; celle-ci est abdominale. La percussion est douloureuse, et dénote de la matité dans la partie inférieure des deux côtés de la poitrine. L'auscultation est rendue confuse par le gémissement qui accompagne l'expiration et par les grincements de dents. Nous renouvelons le vésicatoire et l'étendons sur le poitrail. Nous ordonnons le nitrate de potasse et la teinture d'aconit, à la dose de 20 gr., en quatre fois dans la journée.

Le soir, la toux est fréquente, avortée et pénible; les naseaux sont dilatés et la dyspnée fait des progrès. La température rectale est de 41°. Nous ordonnons pour la nuit les sels ammoniacaux unis, dans un électuaire, à la digitale et à l'aconit.

Le lendemain, le pouls est fort et accéléré; la dyspnée très grande; la respiration saccadée, abdominale; la percussion nous indique clairement qu'il y a épanchement dans les plèvres.

Les mêmes agents thérapeutiques sont continués.

Le 31. La fièvre a diminué, mais l'appétit est presque nul. L'animal est abattu. La physionomie est anxieuse; l'épanchement pleural occupe environ les deux tiers de la hauteur. Cet épanchement progresse avec une rapidité inquiétante, et cela malgré une diurèse abondante. Il se passe un travail profond de désassimilation qui se traduit par un amaigrissement rapide qui dessine, à vue d'œil, les formes angulaires du squelette. La thoracentèse, pratiquée immédiatement, donne issue à dix litres de liquide citrin, et permet l'injection dans la cavité pleurale de 65 gr. de teinture d'iode.

Deux heures plus tard (10 heures), nouvelle ponction, nouvelle soustraction de 8 litres; administration de 30 gr. d'aloès.

Le soir même, commence la purgation. En même temps que s'établit la diarrhée, il se manifeste une amélioration générale. On remarque notamment une plus grande aisance dans la respiration; il y a moins d'anxiété. Néanmoins, le pouls reste petit, un peu irrégulier, et l'on perçoit très distinctement, à la région cardiaque, un tintement métallique correspondant à la systole ventriculaire.

Le lendemain, l'épanchement a *complètement disparu de la cavité pleurale*, et l'animal a repris de la gaieté et de l'appétit.

Le 2, il mange les deux tiers de la ration normale; il se couche la nuit, et toutes les fonctions paraissent s'exécuter régulièrement. Mais l'état de maigreur est grand, et la toux, loin de diminuer, semble plutôt augmenter.

Traitement. — Alimentation choisie : carottes, pain, farine et avoine. Médicaments : quinquina et autres toniques.

Le 3. La diarrhée a cessé. En même temps que s'est tari le flux intestinal, nous avons constaté et nous avons suivi pour ainsi dire heure par heure la réapparition de l'épanchement pleural. Cette poussée liquide fut tellement rapide que le 4, à midi, son niveau atteignait, en hauteur, plus de la moitié de la cage thoracique. Le tintement métallique persiste toujours, et aussi prononcé; on entend des râles sibilants très nombreux. Le pouls est petit et filant. La température rectale est de 38°7.

Nous opérons une nouvelle thoracentèse, mais cette fois le liquide est trouble, albumineux; il en est de même de l'urine qui est brune et abondante. L'appétit est nul, même pour les carottes dont le malade était si friand deux jours auparavant. Le pouls est petit, filant; les naseaux sont fortement dilatés; la dyspnée est grande et la maigreur est extrême.

L'animal succombe le 5.

Autopsie. — Les chairs sont flasques et fortement émaciées.

La cavité pleurale renferme beaucoup de liquide foncé dans lequel nagent des flocons d'albumine. Les plèvres sont tapissées d'une couche épaisse d'albumine coagulée analogue à du blanc d'œuf cuit. Cette couche n'est qu'un sim-

ple dépôt sans adhérence bien grande, puisque un léger grattage à l'aide du dos du scalpel suffit pour l'enlever, et pour laisser à nu le feuillet séreux dont les caractères anatomiques ne paraissent pas modifiés.

Les poumons, dont la majeure partie du tissu a subi l'hépatisation rouge et grise avec des lobules en plein ramollissement gangréneux, n'ont plus qu'un tout petit volume et sont farcis de *nodosités morveuses*.

Le péricarde a subi les mêmes altérations que les plèvres. Le cœur est petit, ramolli ; ses cavités ne renferment pas de caillot ; le sang n'offre, à l'œil nu, aucun caractère particulier.

Le foie est jaune, sec et friable.

L'intestin est exempt de toute lésion pathologique.

En terminant, disons que ce cheval, acheté le 17 juin, c'est-à-dire depuis un peu plus de six mois, n'avait jamais été glandé, et n'avait jamais, par aucun signe ou symptôme, attiré l'attention, ni soulevé de suspicion relativement à la morve.

IV.

N° 613, du 5e escadron, devient malade le 25 décembre. Comme la plupart de ceux qui avaient le pouls fort, la réaction fébrile intense, il est saigné ; on lui applique un seton et un vésicatoire sur les parois costales.

Le pronostic est très grave.

Nous nous abstiendrons d'entrer dans l'énumération des symptômes qui, du reste, sont tous à peu près les mêmes que chez les sujets précédents. Disons néanmoins que, pour 613, la matité s'étend à tout le côté droit, et que, s'il y a pleurésie, celle-ci est peu intense.

On administre les sels ammoniacaux et l'ipéca en électuaire, ainsi que le sulfate de soude en boissons.

Vers le sixième jour, une amélioration se manifeste, et elle fait des progrès suffisamment sérieux, pour que, le 12 janvier, nous puissions considérer l'animal comme entrant en convalescence.

Malheureusement, ce mieux ne devait être que de bien courte durée. Deux jours plus tard, 613 devient triste, et refuse complètement de manger au repas du matin. Vers le milieu de la journée, il trahit des douleurs abdominales par des mouvements insolites : il se couche, se relève; il est très agité; ses flancs battent tumultueusement; le pouls est très accéléré, irrégulier; l'artère est petite, tendue; les reins sont sensibles et flexibles; les crottins sont rares et coiffés par un mucus jaunâtre, condensé sous forme d'une membrane. Même en dehors des moments où se fait l'expulsion des matières fécales, le malade rejette des lambeaux de cette production pathologique.

Nous sommes en présence d'une sorte d'entérite couenneuse, forme nouvelle sous laquelle la maladie régnante se manifeste.

Traitement. — Boissons et lavements mucilagineux, frictions sèches sur le corps.

Durant six jours, l'animal est en proie à ces coliques sourdes et à cet état d'agitation. Il va, il vient dans sa stalle, se couche, se relève. Parfois étendu sur le côté, il reste quelques minutes dans une sorte de repos relatif; mais bientôt une douleur aiguë le fait se débattre ou se relever. A la fin du sixième jour, la diarrhée se déclare, diarrhée d'une grande fétidité.

Du moment que ce flux intestinal s'est déclaré, les bois-

sons mucilagineuses n'ont plus de raison d'être; elles sont remplacées par des boissons légèrement astringentes, dans lesquelles entrent le quinquina et l'écorce de chêne en décoction, ainsi que deux grammes de créosote et deux grammes d'acide phénique (dose pour une journée).

Ce n'est qu'à l'aide de soins continus et minutieux, tant sous le rapport du choix des médicaments que sous celui des aliments, que l'intestin récupère peu à peu son fonctionnement normal au bout de trois à quatre semaines. Même après ce laps de temps, l'animal reste maigre, et conserve un pouls petit et accéléré. Ses matières excrémentitielles ne sont plus enveloppées ni accompagnées de mucus, mais elles ont une consistance boueuse, parfois même liquide. Il est vrai que la nourriture, pendant plus de deux mois, est exclusivement composée de carottes cuites ou crues, et de farine.

La guérison s'est confirmée et s'est maintenue, sans que de nouvelles coliques soient venues mettre en doute la disparition complète des lésions intestinales.

V.

N° 913, 6 ans, entre le 30 décembre.

Symptômes. — Perte complète de l'appétit; toux fréquente, sèche et douloureuse; pouls petit, fréquent; muqueuse jaunâtre, légèrement œdématiée; respiration abdominale, saccadée; percussion thoracique douloureuse; matité des deux côtés; notable diminution dans le murmure respiratoire; marche assez ferme, assez régulière. Température rectale 40°2.

Diagnostic. — Pleuropneumonie adynamique.

Pronostic. — Grave.

Traitement. — Seton et vésicatoire; émétique en lavage, et sels ammoniacaux en électuaire.

Le soir, même état; le frottement pleural est très distinct à gauche.

Le 31, le pouls est moins accéléré, la respiration moins agitée; l'animal mange un peu; il a l'air moins accablé; la température est à 40°.

Le 1 et le 2, l'amélioration se confirme.

Dans la nuit du 3 au 4 août, le cheval se livre soudainement à des mouvements désordonnés : il se laisse tomber, ou s'abat brusquement, se relève, trépigne sur place, gratte le sol des pieds de devant; les naseaux se dilatent; la respiration devient bruyante, tumultueuse; le pouls est filant, irrégulier; le corps est couvert de sueur; les extrémités sont froides.

Cet accès dure environ 7 à 8 minutes; puis le calme se rétablit; le pouls perd peu à peu de son irrégularité, tout en restant petit, accéléré; la respiration reste plaintive, abdominale; le choc du cœur est fort, le frottement pleural très prononcé.

Nous appliquons immédiatement un large sinapisme, et faisons faire des frictions sèches, puis des frictions légèrement excitantes sur les membres.

L'iodure de potassium et l'aconit sont administrés, en alternance avec le nitrate de potasse.

Durant toute la journée, le malade reste triste; la face est anxieuse; la dyspnée est assez forte; l'expiration s'exécute par une contraction énergique des muscles abdominaux, et est accompagnée d'une sorte de râle ayant son siége dans le larynx. Tous ces bruits rendent l'auscultation impossible.

L'animal succombe le 5, au soir.

Autopsie. — Hépatisation rouge et grise du poumon droit, qui est réduit à un très petit volume; le poumon gauche est fortement emphysémateux. Les plèvres sont enflammées, sans dépôt à leur surface, mais avec épanchement d'un liquide citrin qui remplit environ la moitié de la cavité pleurale. Le péricarde est épaissi et renferme du liquide. Le cœur est de volume normal; son tissu est mou. Le ventricule gauche renferme un volumineux caillot blanc-jaunâtre, très dense, qui s'étend du ventricule à l'oreillette correspondante; les valvules sont exemptes d'altérations. Le ventricule droit contient un petit caillot noir; de plus, de petits caillots sont adhérents aux cordages valvulaires.

Ces caillots ne se prolongent pas dans les gros troncs vasculaires.

Le sang paraît n'avoir subi aucune altération.

Les organes abdominaux sont sains.

VI.

N° 586, 7 ans, entre le 2 janvier.

Symptômes. — Grande prostration ; naseaux dilatés ; respiration pénible; on dirait que l'animal vient de faire une course à une allure vive. Le pouls est fréquent, l'artère petite, c'est à peine si l'on peut en sentir les pulsations. Les conjonctives sont tuméfiées, jaunâtres; la toux est quinteuse, sèche: la percussion accuse de la douleur thoracique, mais n'indique pas de matité ; l'auscultation révèle un mélange de bruits confus difficiles à démêler. La colonne vertébrale a conservé sa sensibilité; la marche est hésitante, chancelante dans l'arrière-main.

Il y a là une affection générale asthénique non localisée pour le moment, mais qui, dans quelques heures, sera bien

certainement une pleuropneumonie adynamique ou l'influenza.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est d'une excessive gravité.

Traitement : large sinapisme; frictions sèches sur les membres; à l'intérieur, l'huile phosphorée et les sels ammoniacaux.

Le soir, même état. Le sinapisme n'a produit qu'une médiocre révulsion. La température rectale est de 38°7. Un vésicatoire est appliqué sur toute l'étendue du poitrail.

Le 3. La prostration est grande; le pouls est très mauvais; la dyspnée très prononcée. Nouveau sinapisme sur les parties latérales supérieures de la poitrine. Cette fois, la révulsion est marquée. Néanmoins, l'état du malade ne s'améliore pas.

Le pouls, tout en conservant sa vitesse, est devenu irrégulier; la température rectale est de 40°3.

Le 4. Le pouls est filant, très irrégulier.

Le 5. Après une agonie pénible, après s'être alternativement couché et relevé durant toute la matinée, le malade mourut vers midi.

Autopsie. — Pleurite intense, surtout à la région diaphragmatique, avec grand épaississement de la séreuse. De plus, la face interne de celle-ci est tapissée d'une épaisse couche d'albumine coagulée (blanc d'œuf cuit), sans qu'il y ait d'adhérence.

Le liquide intra-pleural occupe environ le quart de la cavité; il est trouble, jaunâtre et renferme de nombreux caillots d'albumine.

Presque tout le poumon a subi la désorganisation gangréneuse; sa couleur est plombée, son odeur caractéristique.

Le tissu alvéolaire est presque totalement détruit; à la suite d'incisions, il s'en écoule un liquide sanieux. Dans le poumon gauche, il existe encore quelques parties plus ou moins perméables, et quelques autres n'ayant subi que l'hépatisation rouge. Dans ces parties, il existe de nombreux dépôts jaunâtres de fibrine coagulée et différents degrés de ramollissement (pneumonie caséeuse).

Le péricarde a subi les mêmes altérations que la plèvre. Il renferme dans sa cavité environ un litre de liquide séro-purulent. La face externe des ventricules est non seulement ecchymosée, *mais elle est chagrinée, bourgeonneuse.* C'est une sorte de surface pyohémique. Le muscle cardiaque est jaune, graisseux. Les cavités droites renferment du sang incomplètement coagulé, de couleur noire. Les cavités auriculo-ventriculaires gauches renferment un volumineux caillot jaunâtre. La valvule auriculo-ventriculaire de ce côté est épaissie considérablement. L'endocarde est ecchymosé et se détache facilement.

Le sang est noir, diffluent.

L'estomac est sain.

L'intestin grêle présente sur sa muqueuse quelques ulcères superficiels qui n'entament pour ainsi dire que l'épithélium.

Le foie est jaune, sec et friable.

La rate est ramollie et renferme une sorte de bouillie sanguine.

Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont sains, sauf la muqueuse du duodénum, laquelle offre quelques légères érosions se limitant à la couche épithéliale. Les glandes duodénales ne sont pas modifiées.

VII.

N° 813, 9 ans, entré le 7 janvier.

Le cheval marche franchement, la tête haute. Depuis la veille, il tousse fréquemment et refuse une grande partie de son manger. Nous constatons, en effet, que la respiration est accélérée, qu'il y a de la matité à droite; que le pouls est petit, accéléré; que les muqueuses ont une teinte ictérique. La sensibilité lombaire persiste; l'appétit se mesure à la demi-ration.

Notre pronostic est très incertain, car l'expérience journalière nous a montré combien est irrégulière et capricieuse la marche de la maladie régnante, combien est imprévu le dénouement qui la termine.

Dans la journée même, le malade est pris d'un accès caractérisé par des mouvements divers, notamment par le cabrer. Ainsi, il se dresse sur les membres postérieurs, pose les pieds antérieurs dans la crèche, puis contre le ratelier. Après être resté dans cette position une demi-minute, il se replace en station naturelle, pour se cabrer de nouveau, et cela trois ou quatre fois successivement. Puis, pivotant sur l'arrière-main, il tourne à gauche et repose son avant-main sur le garrot du cheval, placé à côté de lui. Pendant cet accès, l'animal a les naseaux fortement dilatés, l'œil hagard, la physionomie anxieuse et le corps couvert de sueur.

Appelé immédiatement, nous le trouvons, quelques minutes après l'accès, dans un calme relatif. Le flanc est agité, le pouls est petit, irrégulier en force comme en vitesse. L'auscultation ne laisse entendre qu'une augmentation du bruit respiratoire à gauche et peu ou point à droite.

L'auscultation à la région cardiaque ne révèle que des chocs violents.

La température rectale est de 40°1.

Immédiatement, on applique un sinapisme, on administre la digitale et l'iodure de potassium.

Le lendemain, la pneumonie est parfaitement caractérisée à droite et l'on distingue, derrière le coude gauche, un tintement métallique correspondant avec la systole ventriculaire. L'expiration est plaintive, saccadée; le pouls est irrégulier, intermittent. La température est de 40°7. On continue la digitale et l'iodure de potassium.

La maladie parut rester stationnaire pendant cinq jours. A chaque instant, nous nous attendions à une terminaison fatale. La dyspnée était inquiétante, le pouls mauvais, les extrémités froides, le battements du cœur forts et tumultueux; l'expiration est plaintive et s'exécute par une contraction énergique des muscles abdominaux.

Le 10, on réapplique un second sinapisme aux régions supérieures des parois thoraciques.

Le 14, on étend un vésicatoire sur toute la surface du poitrail.

Le 15, c'est à dire vers le huitième jour, la respiration devient plus calme, moins saccadée; le pouls perd de son irrégularité; la température est de 40°1. L'appétit paraît se réveiller; mais la toux reste quinteuse et pénible, et quelques râles sibilants se font entendre à droite.

Il y a tendance au passage à l'état chronique.

La convalescence s'établit lentement. L'animal est l'objet de soins spéciaux; il reçoit une nourriture variée et choisie; on lui administre le kermès, l'ipéca et le quinquina en électuaire.

Néanmoins, le convalescent reste maigre et l'appétit capricieux. On arrive ainsi au mois de mai. On profite de la bonne saison pour le mettre en prairie. Là, son état s'améliora rapidement et profondément. La toux diminua et finit par disparaître. Le pouls reprit son rhythme normal, et les lésions pulmonaires se dissipèrent peu à peu.

Rentré au quartier au mois d'octobre, 813 reprit son service à l'escadron quelques jours plus tard.

VIII.

N° 772, 7 ans, entre le 12 janvier, en présentant les symptômes généraux de l'affection régnante, avec toux, accélération de la respiration et matité à droite.

Son cas ne paraît pas grave. Les grandes fonctions ne sont pas profondément troublées, et l'appétit est en partie conservé.

Tout d'un coup, la scène change d'aspect. Le 14, vers le soir, le cheval trahit des douleurs abdominales par des mouvements désordonnés. Il se couche, se roule, se relève et se recouche de nouveau. Le pouls est accéléré, l'artère petite; les reins sont sensibles. Le malade n'a pas fait de crottins depuis le matin.

Traitement. — Boissons et lavements mucilagineux et laxatifs; frictions sèches.

Le lendemain, les mêmes symptômes persistent, moins les mouvements désordonnés. Le malade reste couché pendant une grande partie du temps, en décubitus latéral, les membres étendus. L'appétit est nul pour les aliments solides, et c'est avec quelques difficultés que l'on parvient à lui faire prendre quelques boissons.

Le 16, la diarrhée s'est déclarée pendant la nuit. Les ma-

tières rejetées sont brunâtres et répandent une odeur infecte caractéristique de la gangrène. On n'y découvre point de traces de mucus ni de sang.

Le 17. Mort.

Autopsie. — Le cœcum offre, dans l'épaisseur de sa paroi, et surtout sous la séreuse qui l'enveloppe, une grande quantité de foyers hémorrhagiques de toutes dimensions.

Les mêmes lésions existent à la courbure diaphragmatique du côlon et même dans le mésentère. Toute la masse formée par l'intestin grêle et le côlon flottant, offre une teinte grise plombée. Dans l'épaisseur de la paroi, surtout dans la couche musculeuse, on rencontre les lésions de l'inflammation.

La cavité intestinale ne renferme que des matières liquides grisâtres, à odeur gangréneuse. C'est aussi cette même teinte que l'on observe sur la muqueuse intestinale elle-même.

L'intestin n'offre aucune autre lésion. Il n'y a ni ulcère ni altération visible des glandes de Peyer.

La rate offre un vaste foyer hémorragique.

Un lobe du foie (le gauche) est de couleur grise et sa texture modifiée le rend très friable. Le restant de la glande présente les lésions d'une congestion.

Le poumon droit offre les traces d'une légère hépatisation rouge dans le tiers environ du lobe antérieur.

Les plèvres sont saines.

La cavité droite du cœur est remplie d'un sang noir boueux. La cavité gauche renferme un caillot jaunâtre qui s'étend jusque dans l'oreillette correspondante et dans l'origine du tronc vasculaire. L'endocarde est ecchymosé et se détache facilement.

IX.

N° 533, 7 ans, entre le 18 janvier.

Ce cheval, doué d'un caractère très méchant, frappe et mord malgré la maladie dont il souffre visiblement.

L'influenza avec localisation thoracique est parfaitement bien déclaré.

La maladie poursuivit ses différentes phases en s'aggravant de jour en jour, en dépit des révulsifs les plus énergiques et des médicaments tels que : huile phosphorée, sels ammoniacaux et créosote.

Un symptôme que nous avons observé chez le n° 533, ainsi que chez plusieurs autres malades, c'est une espèce de râle chevrotant qui se produisait dans le larynx pendant le passage de l'air, aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Ce bruit était de nature à faire supposer la paralysie de la glotte.

Le 30. Jetage rouillé par les deux naseaux. Pendant la journée, hémorragie assez forte et sang noir, par la bouche et par les cavités nasales, à la suite d'une quinte de toux. L'animal meurt le 31.

Autopsie. — OEdème des poumons. Ceux-ci ont acquis un volume considérable, avec une consistance assez grande. La section du poumon montre, sur la coupe, une lésion anatomique que nous n'avions pas encore rencontrée dans les autopsies précédentes. C'est, outre l'œdème, l'infiltration, avec dépôt d'une matière jaunâtre dans le tissu cellulaire interlobulaire (pneumonie interstitielle), laquelle donne à la surface de section *une ressemblance frappante avec la lésion caractéristique de la pneumonie exsudative du bœuf.*

Les plèvres sont épaissies, ont de fausses membranes. Le péricarde a subi la même altération. Le cœur n'est pas altéré, il ne contient pas de caillot. Le sang est noir et incoagulé. Les organes abdominaux sont sains.

X.

Le cheval qui fait l'objet de cette observation était la propriété d'un officier. Il a travaillé le samedi. Le dimanche matin, il a manifesté un peu d'anorexie. Le lundi, la respiration était accélérée, plaintive; le pouls petit et rapide. On applique un large sinapisme qui produit une bonne révulsion. On donne le sulfate de soude et le nitrate de potasse en boisson, ainsi qu'un électuaire contenant 15 grammes d'ipéca et 2 grammes de créosote.

Lundi soir. Artère petite, dure; pulsations mal dessinées; les reins sont flexibles; les muqueuses légèrement ictériques. Le malade appuie la tête sur la crèche et écarte les membres. Il mange assez bien de farine et de carottes.

Mardi matin. Le cheval pousse au mur; les quatre membres sont écartés; sueurs abondantes; yeux larmoyants; reins insensibles; les crins se détachent facilement; le pouls est presque insaisissable.

A midi, le malade tombe et meurt une heure plus tard.

Autopsie. — L'ouverture du cadavre est faite immédiatement après la mort. Les organes thoraciques sont sains, sauf un léger épanchement sanguinolent dans les plèvres. Pas de pleurite ni de pneumonite; légère inflammation du cœur. Les cavités de celui-ci et ses vaisseaux sont remplis d'un sang noir, diffluent qui ne se coagule pas. A la surface nagent de nombreuses taches de graisses, analogues à des taches d'huile à la surface de l'eau.

Le foie est jaune, friable. Les glandes de Payer, vues par transparence à travers la paroi intestinale, sont fortement hypertrophiées. La cavité intestinale renferme des matières liquides d'un aspect rougeâtre, sanguinolent. La muqueuse du duodénum est parsemée de nombreux petits ulcères.

La rate est normale.

Le sang recueilli dans les cavités du cœur, immédiatement après la mort, a servi à faire des tentatives d'inoculation sur un cheval et sur deux lapins.

1° Un cheval qui, en tombant, s'était fait une fracture incurable, a servi de sujet. Une goutte de sang provenant du cadavre, dilué dans la contenance d'une seringue de Pravaz, a été injectée dans la veine ophthalmique. Une autre petite quantité de sang extrait du foie a été introduite sous la peau, au poitrail.

2° A un premier lapin, je fais trois piqûres à l'oreille, et j'introduis sous l'épiderme du sang provenant de la veine-cave postérieure.

3° A un second lapin, je fais trois piqûres à l'oreille, avec du sang provenant du foie.

Le cheval inoculé ne put servir longtemps, ni utilement de sujet d'expérience ; il mourut le troisième jour.

Quant aux lapins, ils ne parurent nullement souffrir de l'inoculation.

XI.

N° 740, 6 ans, entre à l'infirmerie le 1er février, offrant quelques symptômes peu accentués.

Le lendemain, perte complète d'appétit, grand abattement. Les membres antérieurs sont *campés*, et *écartés* ; la tête est basse ; il se déplace difficilement. Le pouls est très

petit, presque imperceptible. Les muqueuses de l'œil sont tuméfiées, jaunâtres; les yeux sont larmoyants; la respiration est très accélérée; il n'y a pas de matité.

Le sinapisme appliqué la veille a produit une bonne révulsion. Nous donnons acide phénique et créosote dissous dans l'alcool, ainsi que l'huile phosphorée.

Le 3. Les membres sont engorgés, les muqueuses oculaires sont œdématiées; le pouls est misérable.

La maladie n'offre aucun foyer de localisation.

Le 4. Le malade est toujours resté debout, les membres antérieurs campés et écartés, sans faire le moindre déplacement. Aujourd'hui, la tête, toujours à peu de distance de la litière, est dirigée sous la crèche, et le cheval pousse fortement au mur. Les membres de devant ont changé de direction, ils sont dirigés en arrière, et les genoux sont légèrement fléchis. Le corps est couvert de sueur; les reins sont insensibles; le pouls est misérable, irrégulier.

L'animal succombe le soir.

Autopsie pratiquée le lendemain matin. Il n'y a ni pleurite, ni pneumonite, mais l'épanchement pleural est rouge, sanguinolent. Le péricarde est distendu, et renferme environ un litre de liquide rouge-brun foncé, composé presque uniquement de sang. Le muscle cardiaque est brun et mou. Le cœur, dans ses deux cavités, renferme du sang noir, boueux, *tachant les mains*. L'endocarde est d'un brun foncé.

La cavité péritonéale renferme aussi de la sérosité sanguinolente.

Le foie est jaune et friable; la rate un peu ramollie.

Les glandes de Payer sont peu ou point hypertrophiées. L'intestin grêle renferme des matières liquides rougeâtres; on constate sur la muqueuse quelques ulcères.

Le 5 février, immédiatement après l'ouverture du cadavre, nous faisons des essais d'inoculation sur deux lapins; savoir :

Lapin n° 1. A l'oreille droite, trois piqûres avec du sang pris dans le ventricule droit du cœur, au moment même de l'ouverture de cette cavité.

A l'oreille gauche, trois autres piqûres avec la sérosité contenue dans le péricarde.

Lapin n° 2. Par une incision qui entame toute l'épaisseur de la peau du dos, je fais un injection hypodermique d'une goutte de sang pris dans la cavité du cœur.

Le 6, aucun phénomène; les lapins mangent bien et sont dans un bel état d'embonpoint.

Le 7. Le n° 1 est triste et ne mange plus depuis la veille au soir. A 4 heures de relevée, il meurt. Au moment de la mort, il y avait écoulement sanguinolent par les naseaux. Nous l'envoyons intact, par express, à M. le professeur Wehenkel, avec prière de vouloir en faire l'autopsie. Voici ce que notre habile et savant collègue a eu la complaisance de nous communiquer :

« Le lapin, en bon état, *paraissait* mort depuis assez peu de temps. La rigidité cadavérique, si elle avait existé(?), avait déjà disparu. Les veines sous-cutanées laissaient, lors de l'enlèvement de la peau, écouler une petite quantité de liquide noir, plus ou moins sirupeux. Les muscles ont une coloration à peu près, sinon complètement normale, et ne présentent rien de particulier. Il y a un peu d'épanchement dans les cavités viscérales. Les poumons sont modérément gorgés d'un sang noir, s'écoulant en nappe sur la surface de section. Il n'y a point de pétéchie à la surface pleurale. Le cœur, assez flasque, renferme un peu de sang coagulé,

teignant assez fortement les doigts, à corpuscules rouges, un peu irréguliers et à sérum légèrement coloré.

» Les autres organes n'ont rien présenté de saillant. Je n'ai pas rencontré de batonnets dans le sang, mais quelques granulations (microcoques). »

Le 8 février. Le lapin n° 2 est triste; il meurt à 5 heures de relevée. L'autopsie est faite à 7 heures; et voici ce qu'elle nous permet de constater :

Absence de rigidité cadavérique; les poils se détachent facilement et tombent même spontanément. Tous les organes contenus dans la cavité abdominale sont exempts d'altération. Le poumon est légèrement congestionné. Le cœur est gonflé, de couleur violacée; ses cavités renferment du sang non coagulé, très noir. L'endocarde est très foncé. Le sang tache très fortement les doigts.

Ce sang sert à de nouvelles inoculations (2^{me} série).

Lapin n° 3. Du sang pris dans le cœur du lapin n° 2, est inoculé au lapin n° 3 par trois piqûres, dont deux à l'oreille et une sous la peau du dos.

Cette opération a été faite le 8 février à 7 1/2 heures du soir. Le sujet mourut dans la nuit du 9 au 10, très probablement vers 2 heures du matin.

L'autopsie est faite à 5 heures du soir seulement, car, n'ayant pas d'autre lapin à notre disposition, nous avons attendu afin de faire l'inoculation (3^{me} série) au moment même de l'ouverture du cadavre. Cette autopsie nous montre : pas de raideur cadavérique; cavité abdominale fortement distendue par les gaz développés dans l'estomac et l'intestin; ces viscères renferment encore une grande quantité de matières alimentaires. Dans l'intestin grêle, le contenu semi-liquide est mêlé à un épanchement séro-sangui-

nolent. Le même épanchement séro-sanguinolent existe dans les cavités des séreuses péritonéale, pleurale et péricardiale. La vessie est remplie d'urine rougeâtre. Partout où l'on fait une section, il s'écoule un sang noir sirupeux.

Lapin n° 4. Le lapin n° 4 est inoculé avec du sang pris dans la veine porte du lapin n° 3, le 10, à 5 heures du soir.

Le lendemain, le n° 4 est triste, refuse de manger, et meurt pendant la nuit suivante.

L'autopsie donne les résultats identiques à celle du lapin n° 3.

XII.

N° 426, 9 ans, du 3e escadron, entre le 20 février à l'hôpital. Depuis quelque temps, il a sensiblement maigri, et il a un appétit médiocre, capricieux. Aujourd'hui, il parait être sous l'influence de douleurs abdominales, douleurs qui se trahissent par des coliques sourdes; l'artère est petite, tendue, et les pulsations vont à 60.

Les muqueuses sont safranées; les yeux larmoyants.

Traitement. — Boissons mucilagineuses laxatives, dans laquelle on fait dissoudre 5 grammes d'acide phénique.

Le 21. Les crottins sont durs, coiffés d'une membrane fibrino-albumineuse résistante. Ces crottins sont rares, et sont immédiatement suivis de l'expulsion d'excréments liquides. On peut dire qu'il y a alternativement diarrhée et constipation. Vers le soir, quelques caillots de forme cylindroïde, composés de matière albuminoïde, sont également rejetés; puis enfin, la diarrhée survient sans intermittence. Les matières rejetées sont brunâtres et répandent une odeur fétide qui rappelle celle de la gangrène.

Du 21 au 29, cette diarrhée persiste. L'animal reste très

souvent couché, en décubitus latéral. Le pouls est toujours petit, accéléré; l'appétit presque nul. A l'acide phénique, on ajoute 4 grammes (par jour) de créosote.

A partir du 29, on commence à voir quelques crottins moulés, durs et souvent coiffés. Le ventre reste tendu, les reins insensibles; le malade restait presque toute la journée étendu sur l'un ou sur l'autre côté. On le nourrit de carottes, cuites ou crues, et de farine alternant avec des soupes faites avec du pain et des graines de lin.

Le 20 mars. Les crottins sont de nouveaux coiffés d'une mince pellicule sanguinolente, et les douleurs abdominales ont repris une acuité qui donne des inquiétudes. Néanmoins, cette rechute se dissipe à son tour, et l'on arrive ainsi en avril, époque où il est possible de nourrir l'animal de chardon d'abord, et d'herbe ensuite. Puis le convalescent est placé en prairie où il finit par se remettre complètement.

XIII.

N° 334, âgé de 13 ans, est entré à l'infirmerie le 2 janvier. Son histoire est intéressante, non seulement à cause des lésions que la maladie a laissées, mais surtout à cause de l'erreur dans laquelle nous sommes tombé, car nous avons fait abattre l'animal comme atteint de morve.

Voici les faits :

Le 1er janvier, au fort de l'épizootie, le cheval n° 334 nous est présenté parce qu'il refuse les aliments et qu'il tousse. Nous constatons la faiblesse du pouls, l'infiltration et la teinte safranée des muqueuses et l'accélération de la respiration. Il n'existe pas de lésion sérieuse dans la poitrine. Nous trouvons tous les symptômes de la ma-

ladie régnante, sans que celle-ci présente de localisation.

Nous appliquons un sinapisme et un seton, et nous donnons les salins et les ammoniacaux à l'intérieur.

Le lendemain, la révulsion est très bonne; mais le seton, au bout de 8 jours, donnait encore un pus sanieux, fétide, malgré les injections phéniquées que l'on faisait dans le trajet. L'engorgement qu'il avait provoqué nous disait qu'il y avait danger à le laisser plus longtemps; il fut enlevé.

Peu à peu l'état du malade s'améliora d'une façon sensible, et vers le 20, il pouvait être considéré comme guéri. Néanmoins, vu son état de maigreur, il fut conservé à l'infirmerie, sans aucun accident, pendant plus de six semaines.

Subitement, du jour au lendemain, sans signe précurseur, survient, le 7 mars, un abondant jetage par les deux naseaux. La matière de ce jetage est épaisse, jaunâtre, mêlée de stries sanguinolentes; il forme croûte au pourtour des naseaux. L'auge se remplit d'une glande volumineuse, mal dessinée, indolente. Le malade refuse toute nourriture. Les muqueuses nasales, celle de droite comme celle de gauche, sont parsemées de nombreux ulcères de forme ellipsoïdale, à bords taillés à pic. Bien que la membrane soit exempte de toute élevure caractéristique, et, par conséquent, bien que nous n'ayons pas tous nos apaisements relativement à la nature intime de l'affection, nous voyons devant nous une maladie mortelle à coup sûr, et très probablement contagieuse.

Nous demandons et obtenons l'abattage de l'animal.

Autopsie. — Toute la muqueuse des naseaux, du larynx, de la trachée et des bronches, est parsemée d'ulcères ellipsoïdes, taillés à pic, tous analogues sinon identiques

les uns aux autres, comme étendue et comme profondeur. Le poumon gauche offre un peu d'hépatisation rouge.

Il n'existe aucune trace de tumeur morveuse. Les plèvres, le péricarde et le cœur sont exempts d'altération ; il en est de même des viscères contenus dans la cavité abdominale.

Le sang est noir, ne se coagule pas et se recouvre rapidement de ces taches qui surnagent à la façon des taches d'huile.

Il n'y avait nulle part trace de morve, mais il existait des lésions typhoïdes; des lésions qui indiquaient la nature destructive de l'affection, témoin notamment les ulcères et surtout la rapidité avec laquelle ceux-ci se sont formés.

XIV.

N° 337, 11 ans, du 2e escadron, est présenté à la visite du 1er avril, parce qu'il a refusé l'avoine la veille au soir; on finit même par avouer que, deux jours auparavant, il avait eu la diarrhée; mais, comme son appétit ne s'en était pas ressenti, on avait cru bon de ne pas s'en occuper davantage.

La marche est franche, la tête est bien portée, l'œil est ouvert, le rein est sensible. La respiration est accélérée; le pouls petit et accéléré ; les muqueuses sont rougeâtres; les capillaires de la conjonctive sont dilatés et gorgés de sang.

Notre diagnostic est indécis ; il n'y a pas d'affection localisée, mais l'état général est adynamique et offre certaines ressemblances avec celui que nous avons remarqué dans plusieurs cas de l'épizootie qui paraît s'éteindre. Nous faisons administrer des boissons mucilagineuses dans lesquelles nous faisons dissoudre 4 gr. d'acide phénique

(pour la journée), ainsi qu'un électuaire à base de quinquina.

Le lendemain, son état s'est aggravé. Le prostration est grande; la respiration précipitée; le pouls petit; les conjonctives sont infiltrées et de couleur safranée; les excréments sont mous, sans être liquides. Le quinquina est continué ainsi que l'acide phénique.

Le 3. Douleurs vives; diarrhée aqueuse fétide, en même temps qu'une diurèse abondante donnant une urine brune. Refus absolu d'aliments solides, soif ardente. Les muqueuses de l'œil, du nez et de la bouche ont une teinte safranée des mieux caractérisées; pouls mauvais.

L'acide phénique est remplacé par la créosote; nous donnons le quinquina en décoction.

Le 4. La face interne des lèvres, toute la surface de la langue et notamment les bords de celle-ci, sont parsemés d'ulcères de forme ellipsoïde, taillés à pic, identiques à ceux que nous avons rencontrés dans les premières voies respiratoires du cheval n° 334. Comme chez ce dernier, ces ulcères se sont creusés pour ainsi dire en quelques heures, sans être précédés d'aucun indice local précurseur. Leurs bords sont nettement tranchés, comme s'ils étaient taillés à l'emporte-pièce. Il y en avait 7 ou 8 sur la muqueuse de la lèvre inférieure; deux ou trois sur la partie visible des joues et une dizaine sur la partie libre de la langue. Le malade est moins abattu que la veille; il cherche à manger dans sa litière; mais le pouls est petit, filant, un peu irrégulier. La diarrhée continue et les matières rejetées ont une odeur fétide qui rappelle exactement celle que nous avons constatée dans plusieurs cas précédents. Ce qui nous fait supposer l'existence d'ulcères analogues sur la muqueuse intestinale.

La muqueuse nasale, à part sa coloration, est exempte d'altération. Les coliques ont cessé.

On administre, dans les 24 heures, et à doses fractionnées, 20 gr. de perchlorure de fer, 2 gr. de créosote et 30 gr. de laudanum, le tout dans un excipient différent dont l'ensemble représente environ 10 litres.

Le soir, la diarrhée a sensiblement diminué, l'odeur putride est moins pénétrante; mais le pouls est presque imperceptible, les extrémités sont froides.

Le malade meurt le lendemain matin.

Autopsie. — Comme nous l'avions constaté pendant la vie, la muqueuse de la bouche est couverte d'ulcères qui tous ont la même forme, les mêmes caractères, tous paraissent enlevés à l'emporte-pièce. Cette similitude a quelque chose de singulier. A la base de la langue, un peu du côté gauche, ainsi que sur la face antérieure du voile du palais, deux ulcères voisins, en se confondant par un de leurs bords en contact, n'en forment plus qu'un seul dont le grand diamètre a au moins 2 cent. et le petit, 1 cent.

Les muqueuses du pharynx et de de l'œsophage sont indemnes. Celle de la moitié droite de l'estomac et celle de l'intestin grêle en offrent quelques-uns, mais ceux-ci, quoique ayant la même forme, sont moins profonds.

C'est surtout le cœcum qui a le plus souffert. En effet, près de l'extrémité libre, sa paroi est totalement perforée par un processus ulcératif. Le pourtour de cette ouverture présente un bord épaissi, de couleur plombée. Dans le voisinage, se trouvent de nombreux et profonds ulcères dont un a déjà traversé toute l'épaisseur de la membrane muqueuse et une partie de la musculeuse; un peu plus tard, une seconde perforation se serait produite. Les matières

alimentaires qui ont passé par cette ouverture, ont provoqué une péritonite légère.

Le côlon flottant est, à la face externe de sa paroi, recouverte de taches suffusées, d'ecchymoses.

La rate et le foie sont ramollis et renferment du sang noir tachant fortement les doigts.

Le cœur est un peu gonflé; ses cavités contiennent du sang sirupeux.

Les poumons sont sains; il n'existe aucun ulcère sur la muqueuse des voies respiratoires.

XV.

N° 124, 13 ans, est trouvé, le matin du 1er mai, tremblottant, les membres froids, l'air abattu. Il est amené de suite à l'infirmerie. Nous constatons : flancs agités, œil terne, pupille dilatée; pouls très mauvais, filant, irrégulier; insensibilité de la colonne vertébrale; contractures des lèvres, etc. Ces symptômes sont ceux d'une mort prochaine; ils ne peuvent, en aucun point, nous indiquer la nature de l'affection qui a précédé et amené cette agonie. Il est à supposer, croyons-nous, qu'un acte gangréneux aura succédé à une violente inflammation d'intestins. Mais l'enquête ne nous apporte que des renseignements négatifs; c'est-à-dire que les gardes d'écurie n'ont absolument rien remarqué d'anormal; que le cheval n'a pas eu de coliques.

Quoique l'état du malade fût désespéré, nous lui faisons appliquer un sinapisme. Celui-ci laisse l'animal complètement insensible, ainsi que les frictions irritantes faites sur les membres.

Le cheval meurt à 2 heures.

Autopsie. — Epanchement de matières fécales dans la

cavité péritonéale; inflammation partielle de la séreuse. L'origine du côlon flottant présente une large déchirure, longue de 12 c., à bords irréguliers, frangés.

L'iléon, près de sa terminaison dans le cœcum, est perforé; l'ouverture est ovale; son diamètre est d'un centimètre environ; elle communique dans une poche formée par le mésentère. Cette poche renferme une masse grosse comme le poing, composée de sang et de matières alimentaires en voie de digestion.

Un peu plus en avant, l'intestin présente un élargissement, sorte de besace herniaire, formée par la séreuse et remplie de matières alimentaires, traversant la paroi par une perforation des couches muqueuse et musculeuse.

Il y avait donc trois perforations à des endroits différents de l'intestin, sans que celui-ci présentât la moindre trace d'inflammation. La péritonite elle-même n'avait pas laissé de trace suffisante pour expliquer la mort.

La muqueuse intestinale n'offre aucune autre altération, pas plus que les organes de la respiration et de la circulation.

De quelle nature est cette affection? A quelle cause première peut-on rapporter ce processus ulcératif? Il serait difficile de donner une réponse affirmative, avec raisons à l'appui. Néanmoins, nous n'hésitons pas à rapprocher la maladie — et à la confondre avec elle — de celle que nous avons remarquée chez le cheval n° 337; c'est selon nous, un reliquat de la maladie typhoïde, qui a fait tant de victimes. Trop peu intense pour se dévoiler à l'extérieur, elle prit d'emblée les allures de la chronicité; elle a miné sourdement l'économie en général et le tube intestinal en particulier; puis a fini par amener la mort.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont curieuses à plus d'un titre. N'est-il pas étonnant, en effet, de rencontrer des lésions anatomiques aussi graves sur trois points différents, lesquelles ne produisent réellement des désordres dans les grandes fonctions que quelques heures avant la mort?

XVI.

N° 958, jeune cheval, acheté dans le courant de l'année, entre à l'infirmerie le 8 février 1881, offrant les symptômes de l'affection régnante, avec localisation sur l'appareil pulmonaire.

La maladie est très grave, et la mort nous paraît devoir arriver en déans un temps très court. Le pouls est très petit, filant; les pulsations presque imperceptibles. Les conjonctives sont rouges, infiltrées; les yeux sont larmoyants; la prostration très grande.

Coup sur coup, à quelques heures d'intervalle, nous appliquons trois sinapismes à des endroits différents, et faisons faire des frictions irritantes sur les extrémités. A l'intérieur, nous donnons les sels ammoniacaux et le sulfate de soude en boissons.

L'animal reste à peu près dans cet état de torpeur pendant quatre jours. Le 13, son état est désespéré; le 15 survient une diarrhée abondante, fétide, laquelle produit une amélioration immédiate. Les matières rejetées sont de couleur lie de vin; elles renferment des traces de sang, et des débris de matières animales, très probablement de la matière albumineuse ou des débris de la muqueuse.

L'appétit se réveille, nous donnons le quinquina. Le 17, la diarrhée s'est arrêtée, et l'animal, redevenu triste, est comme planté sur quatre pieux, ne sachant plus changer

de place. Il y a fourbure des quatre membres et arthrite aiguë des quatre articulations métacarpo-phalangiennes.

Nous revenons à l'administration des salins et à l'emploi de nouveaux révulsifs sur les rayons supérieurs des membres. Le 18, vers midi, les membres reprennent la liberté des mouvements; la fourbure et l'arthrite se dissipent comme par enchantement; mais, en même temps, des douleurs abdominales se manifestent ; la dyspnée devient très grande, et l'animal meurt le même jour au soir.

Autopsie. — La plèvre et le péricarde sont épaissis et portent les traces d'une organisation pathologique à leur surface et dans leur épaisseur. Dans la cavité du péricarde se trouve un liquide lie de vin et un dépôt jaunâtre de matières fibrino-albuminoïdes. Le cœur est gonflé et ramolli. Les quatre cavités renferment du sang noir, formant une sorte de bouillie, teignant les mains fortement. L'endocarde est ecchymosé et se détache facilement.

Les poumons sont hépatisés dans leurs deux tiers postérieurs et offrent, dans leur épaisseur, de volumineux amas de fibrine de la grosseur d'un poing.

Le foie est brun-foncé; il est ramolli et se réduit en bouillie entre les doigts qui le malaxent.

L'estomac est sain, la muqueuse de l'intestin grêle offre une teinte plombée et on y rencontre quelques foyers hémorragiques. Le côlon est remarquable par le grand nombre de points rouges, de la grosseur d'une tête d'épingle, sortes de foyers hémorragiques que l'on voit très distinctement dans l'épaisseur de sa paroi, sous l'enveloppe séreuse. Sa muqueuse, surtout celle du gros côlon, est d'un rouge brunâtre; elle est épaissie et offre à sa surface de petites productions bourgeonneuses, à côté de très

nombreux ulcères de toutes dimensions et de toutes profondeurs. Trois de ces ulcères ont perforé complètement la couche muqueuse de la paroi intestinale.

La rate est gonflée et légèrement ramollie; les reins sont un peu plus mous que d'habitude.

Les articulations phalangiennes n'offrent aucune trace de l'acte morbide dont elles ont été le siége pendant une journée.

(M. Thiry reprend la présidence.)

III. — COMITÉ SECRET (ouvert à 2 heures).

1. **RAPPORT de la commission chargée d'apprécier les mémoires adressés en réponse à la question du concours relatif à l'alcoolisme, formulée en ces termes : « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » — M. KUBORN,** rapporteur.

Messieurs, la commission chargée de juger les mémoires de concours traitant « des effets de l'alcoolisme » a terminé sa tâche.

Mes honorables collègues MM. Barella et Martin m'ont fait l'honneur de me désigner comme rapporteur.

Permettez-moi, messieurs, avant d'entrer en matière, de nous excuser d'avoir apporté quelque retard dans la tâche qui nous a été confiée. Non seulement il était peu possible d'examiner au pied levé, tous les points que soulève la question, mais il y avait de quoi reculer par exemple, devant le volume de tel ou tel mémoire, dont les caractères en lignes serrées, finement tracés d'une encre terne sur papier in-folio, bleu d'azur et miroitant, fatiguaient la vue au jour et étaient d'une lecture impossible à la lumière. Ce seul travail équivaut à un in-8°, de 400 pages environ.

I.

Quatre concurrents ont répondu à l'appel de l'Académie.

Un premier mémoire porte pour épigraphe :

« L'ivrognerie tue plus de monde que la fièvre, » les pleurésies et toutes les maladies les plus » perfides et les plus meurtrières. »

(107 pages grand format.)

Le deuxième :

« Des faits bien établis valent mieux que toutes » les descriptions pour montrer les effets de l'al- » coolisme. »

(99 pages petit format.)

La devise du troisième est :

« Si desint vires tamen est laudanda voluntas. »

(197 pages in-folio.)

Quant au quatrième mémoire, il est parvenu au Bureau après le délai fixé, le nom de l'auteur s'étalant à la première page. Dans ces conditions il se trouvait hors concours. Néanmoins, il a été renvoyé à notre examen ; l'un de nous pourra en faire l'objet d'un rapport spécial.

L'auteur du mémoire n° 2 a informé le Bureau, par écrit, qu'il se retirait de la lice et réclamé son manuscrit. Il lui a été répondu qu'aux termes du programme des concours, ce mémoire doit rester aux archives; mais que, après la proclamation du résultat du concours, il pourra en faire prendre copie à ses frais.

Il nous reste à vous soumettre le résultat de notre examen en ce qui concerne les mémoires n^{os} 1 et 3.

Je commence par le dernier qui est le plus volumineux.

II.

1. Dans une introduction précédée d'un court précis historique, l'auteur du mémoire n° 3 trace le plan de son étude. La matière est distribuée dans un ordre très méthodique; le lecteur voit dès le début où on le mène.

Après avoir exposé les propriétés physiques et chimiques des divers alcools, l'auteur les considère dans leurs manifestations physiologiques. De l'action d'abord locale de l'alcool il passe à son influence sur l'appareil de la digestion; sur le sang, la circulation, le cœur et les vaisseaux; sur le système nerveux; sur la sécrétion rénale; sur la nutrition; sur la température du corps, pour terminer ces chapitres par la recherche des voies d'élimination de l'alcool.

Par l'oxydation de l'alcool, le sang est privé de son oxygène et se charge d'acide carbonique. Après des doses modérées les mouvements du cœur sont accélérés par action réflexe et par une action directe de l'alcool libre dans le sang sur le muscle cardiaque. Un autre effet est la dilatation des vaisseaux capillaires, l'injection, la congestion de différents organes. En même temps, la pression du sang diminue dans le système circulatoire, le cœur bat plus vivement, plus impétueusement, « comme une machine dont le frein ne fonctionne plus, » et la distension des capillaires devient extrême. Parkes et Wolowicz ont démontré sphygmographiquement ces faits par des expériences des plus curieuses. Plus loin, l'auteur montre que la dilatation vasculaire est liée à une action de l'alcool sur le grand sympathique et qu'à hautes doses cet agent diminue la fréquence et l'énergie des battements du cœur. C'est en outre un excitant local du cerveau, qui devient général par impres-

sion réflexe; mais, tandis qu'il excite le système nerveux cérébro-spinal, une influence opposée s'est manifestée du côté du grand sympathique : il y a épuisement de l'innervation de celui-ci, de là dilatation vasculaire. Les expériences dans lesquelles on a observé l'effet de l'alcool sur l'iris démontrent qu'il en est ainsi. Les fibres musculaires radiées de l'iris sont sous la dépendance du grand sympathique, les fibres circulaires sous celle du nerf de la 3e paire. Eh bien, la pupille se contracte bientôt sous l'action de l'alcool ingéré, trahissant ainsi l'influence prépondérante de l'oculo-moteur commun; mais la dilatation ne tarde guère et une nouvelle dose d'alcool ramène le rétrécissement pupillaire.

Tous ces effets sont communs à la série des alcools.

En s'appuyant sur des expériences nombreuses l'auteur professe que l'alcool est diurétique même à petites doses. La quantité d'urine éliminée par la vertu de l'alcool à 36° est cinq fois plus forte qu'avec une dose égale d'eau. Cette augmentation d'urine coïncide avec une diminution d'acide urique, d'urée, ainsi que d'acide carbonique dans l'air expiré. Quand les processus oxydatifs sont très actifs dans l'organisme, comme dans les affections fébriles, l'action dépressive de l'alcool est très manifeste sur la température. L'abaissement de celle-ci dépend directement de l'arrêt des oxydations chimiques : l'esprit-de-vin enraie les combustions organiques. C'est ce que démontrent la diminution d'urée, d'acide carbonique expiré et enfin de chaleur animale.

Par où et sous quelles formes l'alcool est-il éliminé?

Les organes d'élimination pour la partie de l'alcool décomposée sont peu connus. L'alcool en nature est éliminé

par les reins, la peau, l'expiration pulmonaire. On en retrouve dans la bile, dans le lait, dans les fèces.

Que vaut l'excitation fonctionnelle due à l'esprit-de-vin?

« L'excitation de fonctions peut être salutaire dans de » bonnes conditions de nutrition; elle ne peut l'être avec » l'alcool dont nous avons vu l'influence sur le mouvement » nutritif; quand on stimule une fonction, il faut aussi lui » donner les forces nécessaires pour une action plus éner- » gique. Or, c'est ce que l'alcool ne fait pas. »

L'auteur enveloppe dans la proscription l'alcool éthylique, moins offensif cependant que ses congénères de la série, mais qui n'existe jamais pur en dehors des laboratoires, et il ajoute : « Toutes les matières pouvant donner lieu à » de l'alcool, dans tous les pays, ont été utilisées. On ne » sait ni quel vin, ni quelle bière l'on boit. Les distinctions » entre les différents alcools de la série, dont les effets » sont cependant si différents, semblent n'avoir plus qu'un » intérêt scientifique plutôt que pratique. »

L'exposé des propriétés physico-chimiques des différentes sortes d'alcools, fait au début de ce mémoire, trouve tout naturellement son complément ici. A chaque espèce correspondent des effets physiologiques spéciaux, tranchés, comme le prouve l'observation des effets produits par les alcools amylique, propylique, butyrique, méthylique; ce dernier est le moins toxique de tous à cause du peu d'impression profonde qu'il occasionne.

2. Guidé par les phénomènes physiologiques qu'il a constatés, l'auteur aborde la pathogénie des accidents alcooliques; les premiers donneront la clef des seconds.

Il parle d'abord des troubles fonctionnels en général. Il

insiste sur la congestion, laquelle frappe de préférence les appareils cérébro-spinal et pulmonaire, sur les troubles de sécrétion, ceux du système nerveux, dont les uns sont de l'ordre des névroses, les autres, depuis le simple tremblement jusqu'à la folie paralytique, procèdent d'altérations matérielles caractéristiques. Signalons, comme lésions essentielles, la multiplication des éléments de la trame conjonctive des organes, des séreuses; la sclérose, l'accumulation de la graisse, la dégénérescence graisseuse des éléments constitutifs des tissus, hypergénésie générale qui atteint n'importe quelles fibres, quelles cellules — foie, reins, cœur, vaisseaux, etc. Quant au sang dit-il, l'alcool, détourne une partie de l'oxygène qui y entre pour vivifier les globules; il change les conditions d'endosmose et d'exosmose du liquide sanguin. Celui-ci est dès lors impropre à la nutrition des tissus, et entraine la dégénérescence graisseuse. La stéatose accompagne aussi le développement exagéré du tissu conjonctif des éléments nerveux, lesquels comprimés, troublés dans leur nutrition, subissent la régression graisseuse.

Après cet aperçu général, l'auteur entre franchement dans le domaine de la pathologie spéciale de l'alcoolisme acquis. Il considère simultanément les troubles symptomatiques et matériels que jette l'alcool dans les fonctions de nutrition, de relation, de génération. Traitant de l'alcoolisme aigu, il analyse l'ivresse et les phénomènes qui en relèvent. Dans la succession de ceux-ci, il trouve une confirmation de sa thèse sur le processus physiologico-pathologique de l'alcool. « L'excitation porte d'abord sur l'intelligence et la » sensibilité. *Presque en même temps*, la coordination des » mouvements des muscles fait défaut. *A une période plus*

» *avancée*, on observe le ralentissement du pouls et de la » respiration, la diminution de la sensibilité réflexe et la » paralysie musculaire; *en dernier lieu*, le siége des mou- » vements automatiques se trouve atteint. On doit donc » admettre que l'alcool agit d'abord sur le cerveau, ensuite » sur le cervelet, siége de la coordination des mouvements, » puis sur la moelle épinière et enfin sur la moelle » allongée. L'alcool n'agit sur le bulbe qu'après que la » moelle épinière a perdu ses propriétés excito-motrices. » C'est bien là ce qui résulte des expériences de Bergeret, Lancereaux, Racle, Marty et Baër.

Il divise avec d'autres observateurs, l'ivresse en forme apoplectique et en forme convulsive, furieuse, épileptiforme. Il cite de ces deux variétés des cas curieux observés par le dr Inghels, à l'hospice Guislain, à Gand. L'ivresse convulsive est peut-être déjà un accident aigu de l'intoxication. C'est l'opinion de Magnan.

Avant d'aller plus loin, l'auteur pose cette question : comment s'établissent et se développent les symptômes de l'ivresse dans ses diverses périodes? Cette étude met à clair l'action de l'esprit de vin sur le système nerveux. A la suite d'une discussion, vraiment pleine d'intérêt, sur ce point, il arrive à ces conclusions : « L'excitation qui » survient après l'administration des alcools est due au » contact direct de l'alcool sur le tissu nerveux. Modérée, » agréable, avec les alcools éthylique et méthylique, elle » devient violente, désordonnée avec les corps plus com- » plexes de la série et se trouve bientôt être remplacée par » des symptômes graves de dépression et de collapsus. » C'est que l'oxygène du sang est détourné de sa destination » et, à mesure qu'une moindre quantité de ce sang, indis-

» pensable au fonctionnement du système nerveux, peut » remplir son but, les symptômes deviennent de plus en » plus graves. L'alcool est donc pour moi, exclusivement » neurotique pendant la première période, et neurotique » mais surtout hématique, dans la période de perversion et » de dépression. »

L'auteur termine le chapitre par un paragraphe relatif à la gastrite alcoolique et passe à l'*alcoolisme chronique*.

3. Fidèle au plan qu'il a adopté, l'auteur étudie successivement dans l'alcoolisme chronique les troubles généraux et les troubles spéciaux : altérations matérielles et fonctionnelles des appareils digestif, circulatoire, respiratoire, sécréteur, génital, cérébro-spinal. Le chapitre suivant est exclusivement consacré à l'alcoolisme psychique.

Dans les troubles généraux de l'alcoolisme chronique, il convient surtout de noter l'altération du sang : augmentation d'eau, diminution de fibrine, coloration plus foncée, état graisseux. Après quelques lignes sur la surcharge graisseuse des tissus, viennent deux paragraphes où sont décrits le scorbut et la gangrène des buveurs.

Parmi les troubles spéciaux qui intéressent l'appareil digestif, l'auteur, en traitant de la gastrite alcoolique, rapporte une observation personnelle d'abcès perforant. Des cas de l'espèce se sont assez souvent rencontrés. Il insiste avec assez de détails sur les altérations du foie, la cirrhose et la dégénérescence graisseuse. Il mentionne l'atrophie jaune aiguë à la suite d'une ingestion d'alcool à hautes doses (Leudet).

Le cœur est hypertrophié, particulièrement dans sa moitié gauche. Vient ensuite la dégénérescence graisseuse. Le

muscle cardiaque diminue de poids, de volume, s'atrophie; bientôt, à l'auscultation, on constate des insuffisances, etc. Du côté des vaisseaux, on distingue la dilatation produite par la paralysie du grand sympathique; la perte de leur tonicité, de leur élasticité, due à la dégénérescence de leurs parois; des thrombus, des embolies. Les gros vaisseaux sont atteints de stéatose et de sclérose; parfois les artères s'enflamment. Cette dernière altération est hors de doute depuis les recherches de Marty.

Dans le champ de l'appareil respiratoire, la congestion est un des phénomènes les plus fréquents. L'apoplexie pulmonaire et la pneumonie des buveurs, avec ses caractères spéciaux, se rangent immédiatement après. Quel est le rôle de l'alcool sur la marche et l'étiologie de la phthisie? L'auteur, après avoir constaté le désaccord qui règne entre les observateurs, quant au point d'étiologie, émet l'opinion que l'alcool hâte l'éclosion de la maladie chez les sujets héréditairement disposés; d'autre part, il doit conduire à la tuberculose, par suite des altérations organiques dont il est le principal facteur. En tout état de cause, il hâte l'évolution de la maladie.

La maladie de Bright, la néphrite albumino-granuleuse sont des affections fréquentes chez les buveurs. L'effet irritant, congestif, produit par l'alcool sur les organes qu'il traverse et surtout qui servent à l'éliminer, conduit à l'hyperplasie du tissu conjonctif. Ainsi dans les reins. Cette néphrite d'ailleurs ne diffère pas de la forme classique. La stéatose, infiltration ou dégénérescence, avec les tubes infiltrés de granulations qui se sont développées dans les cellules épithéliales, présente les symptômes de la dégénérescence granuleuse aiguë.

L'alcoolisme produit l'impuissance chez l'homme. Les testicules sont, comme chez le vieillard, flasques, petits; plus tard, les épithéliums des conduits séminifères sont gros, granuleux et présentent la dégénérescence graisseuse ou sont complètement détruits. Les spermatozoïdes peu nombreux finissent aussi par manquer. Chez la femme, on voit des troubles fonctionnels graves, des métrorrhagies, conduisant à l'avortement et à la stérilité. Il est manifeste que la diminution de la population, signalée dans certaines contrées, doit être en partie imputée à l'alcoolisme.

Le système cutané — l'alcool étant un sudorifique — ne peut laisser que de présenter des troubles et des altérations. A force d'être suractivées par l'alcool, les fonctions de la peau amènent des altérations de tissu : de là le prurigo, l'echtyma, l'acné, le fendillement, l'émiettement même des ongles, voire *une sorte de pellagre*. On a observé (Bergeret) l'ulcère perforant de la plante du pied.

Voici comment l'auteur rend compte des lésions du centre nerveux cérébro-spinal. La congestion, qui affecte primitivement le cerveau et ses membranes, d'active finit par devenir passive. Pour peu qu'elle soit prolongée ou violente, accompagnée de l'altération des vaisseaux, l'apoplexie cérébrale arrive par suite de la moindre résistance de ceux-ci. L'alcool provoque aussi l'apoplexie méningée, et l'on a vu, dans des cas de démence paralytique, l'épanchement venir combler le vide laissé par la masse cérébrale revenue sur elle-même.

On rencontre l'apoplexie séreuse dans les ventricules, le sac arachnoïdal, dans la substance cérébrale. La pachyméningite, qui siège à la face interne de la dure-mère, n'est pas bien rare. En général, l'apoplexie séreuse débute brus-

quement. L'auteur retrace, d'après une discussion qui a eu lieu au sein de la *Société de médecine mentale de Belgique*, le processus pathologique de la pachyméningite. Les uns, notamment le dr Lentz, à Froidmont, soutiennent avec Virchow que cette lésion débute par une inflammation de la dure-mère, produisant un dépôt fibrineux, une néo-membrane, à l'intérieur de laquelle peut s'opérer plus tard une hémorragie. Les autres, comme le dr Inghels, de l'hospice Guislain à Gand, citent des faits qui tendent à démontrer que l'épanchement sanguin est primitif; la fibrine s'organiserait et formerait les parois du kyste. A quelque théorie que l'on s'arrête, l'action de l'alcool donne l'explication de l'une et de l'autre.

Signalons, en passant, que parmi les observateurs qui ont bien constaté la pachyméningite des buveurs à l'autopsie, l'auteur omet de mentionner le nom de notre collègue, M. Crocq.

La pie-mère, qui s'injecte communément sous l'action prolongée de l'alcool, présente de l'épaississement et de l'opacité dans la forme chronique. On ne peut la séparer du cerveau sans enlever des couches superficielles de l'organe. Il est tout naturel de rapprocher les lésions dont il s'agit de celles qu'on rencontre dans la folie paralytique ou périencéphalite chronique.

En traitant de la méningite hémorragique, l'auteur du mémoire s'arrête à une remarquable observation de Blachez, insérée dans la clinique de Trousseau. Il se demande si le titre de *double hémorragie méningée* est bien justifié? Blachez semble rapporter à une altération du sang, due à l'alcool, les lésions nombreuses trouvées dans le cerveau, les vaisseaux, les plèvres, les poumons, le cœur, le foie, les

reins, le péritoine. Il ne partage pas l'opinion de Blachez. Avec le dr Peter, il voit plutôt ici un bel exemple d'alcoolisme aigu, rapidement désorganisateur. Il adopte donc le diagnostic d'une inflammation générale du système artériel, qui aurait donné naissance à tous les désordres observés et qui serait due à l'irritation produite par le contact d'une substance irritante ayant circulé avec le sang; cette substance était l'alcool. (Il est regrettable que dans cette relation il ne soit fait aucune mention des antécédents du sujet.)

Suivant Magnus Huss, les lésions rencontrées par lui-même dans la moelle ne suffisent pas à expliquer le fourmillement, la faiblesse musculaire et l'engourdissement de la sensibilité; le tremblement tiendrait à la congestion de la moelle et des méninges. Mais Leyden a démontré chez les buveurs des altérations rachidiennes correspondant à celles des méninges cérébrales : pachyméningite intra-spinale hémorragique, épaississement et opacité des membranes, hydrorachis, myélite diffuse, plus rarement la sclérose dite fasciculée.

La description des troubles fonctionnels du système nerveux a été si magistralement tracée par Magnus Huss, qu'il ne reste pour ainsi dire rien à y ajouter. On touche à toutes les manifestations de l'alcoolisme, en passant en revue, avec l'illustre pathologiste de Stockholm, chaque fonction cérébrale. L'auteur du mémoire insiste à la fin sur des troubles dans la perception des couleurs, métalliques surtout, tandis que l'ophthalmoscope ne décèle aucun signe physique. C'est tardivement que parfois on découvre de l'atrophie du nerf optique. La perversion de la faculté chromatique serait constante, suivant Galezowski, dans l'alcoo-

lisme; les malades prennent notamment le violet ou le jaune pour le rouge.

Les désordres de la sensibilité générale tiennent l'un des premiers rangs dans les manifestations initiales de l'intoxication alcoolique. Ils sont caractéristiques et varient dans leur mode, suivant que la sensibilité est pervertie, diminuée ou exagérée.

Les troubles du mouvement consistent dans des crampes et essentiellement dans ce signe pathognomonique du tremblement des mains et des membres supérieurs; dans la titubation, l'embarras de la parole, la trémulation de l'élévateur de l'aîle du nez, de la lèvre supérieure, etc.; la parésie des mains, celle du système musculaire.

A propos de la forme convulsive, des accès épileptiformes dans l'alcoolisme chronique, l'auteur examine et discute les opinions émises sur l'influence de l'alcoolisme dans la production de l'épilepsie. Tandis que Magnus Huss distingue une forme épileptique, Magnan n'admet l'action de l'alcool qu'à titre de cause déterminante; on ne l'observe d'ailleurs qu'à une période avancée de l'intoxication, quand le tissu cérébral est profondément altéré. Jamais on n'a noté d'accidents épileptiques ou épileptiformes dans les expériences faites avec l'alcool. Par contre, ce qui caractériserait l'empoisonnement aigu par l'absinthe, ce serait le vertige épileptique, puis l'attaque, accompagnés d'emblée de phénomènes hallucinatoires. Suivant le dr Semal, sans contester l'action de l'absinthe dans les convulsions, celles-ci, depuis le vertige jusqu'à l'attaque franchement épileptiforme, pourront se présenter comme un épiphénomène de l'intoxication alcoolique aiguë dans divers cas, ainsi : la nature du liquide ingéré, absinthe, vermouth; la qualité

des boissons qui seraient incomplètement fermentées ou falsifiées par des agents perturbateurs du système nerveux, l'alcool fût-il pur; enfin la prédisposition de sujets très nerveux, hyperesthésiés par des excès. Quant à l'auteur, il estime que l'épilepsie est rare aussi bien dans l'alcoolisme chronique que dans l'état aigu.

Dans les exemples qu'il lui a été donné d'observer, il a chaque fois pu rattacher l'accès convulsif soit à une épilepsie préexistante, soit à une altération du cerveau.

4. Le chapitre suivant est exclusivement consacré à l'alcoolisme psychique.

On ne peut douter d'après les statistiques émanant du ministère de la justice en Belgique, d'après les documents authentiques des autres pays, que l'abus croissant des liqueurs spiritueuses, l'ivrognerie, ne soit un facteur direct ou indirect de la folie, plus puissant que les autres causes réunies.

Comment l'alcool agit-il sur l'intelligence? S'il produit du délire, quels en sont les caractères, la marche, le pronostic? S'il conduit à l'affaiblissement des facultés, à la démence, quelles lésions détermine-t-il pour arriver à cette fin?

L'auteur divise l'alcoolisme psychique en forme aiguë, sub-aiguë et chronique.

Il n'existe pas à vrai dire d'alcoolisme aigu, puisque les symptômes psychiques causés par l'alcool ont toujours été précédés d'autres troubles qui décèlent l'intoxication lente, progressive. Le delirium tremens n'est qu'un accident aigu de l'alcoolisme chronique, éclatant ordinairement à la suite d'une cause occasionnelle manifestement appréciable.

Le tableau du delirium tremens est nettement tracé d'après des observations de Lancereaux, de Magnan et de l'auteur. Le délire alcoolique se révèle sous les formes maniaque, mélancolique et stupide; ces trois formes peuvent se présenter dans un même accès et donner souvent lieu à des tentatives de suicide ou d'homicide. Comme éléments du pronostic, il y a lieu de tenir compte du tremblement et de la faiblesse musculaire des membres inférieurs, de la température constatée au thermomètre. Ce délire est tantôt apyrétique, tantôt fébrile. Dans ce dernier cas le danger est toujours grand. Le délire peut aussi devenir malin, insidieux. On a noté enfin le délire alcoolique aigu convulsif qui ne pardonne pas. Pidoux et Nat. Guillot ont perdu tous les malades de cette catégorie.

L'*alcoolisme sub-aigu* est constitué par la transition de l'état aigu aux conceptions délirantes. En somme, il ne diffère pas du délire, de la folie. L'auteur rapporte de cette phase plusieurs observations dont trois lui sont personnelles.

Dans l'*alcoolisme psychique chronique* l'auteur considère la démence et la paralysie générale. « La démence et la para-
» lysie générale ont pour lésion constante l'athérôme vas-
» culaire et la dégénérescence graisseuse des tissus nerveux,
» sortes de résultats ultimes de l'action irrégulière et irrita-
» tive qui a produit conjointement d'abord l'hyperplasie
» du tissu et, par influence de nutrition, la stéatose. »

Après une description clinique des caractères et de la marche de la démence, arrive celle de la paralysie générale ainsi définie : « La paralysie générale est une affection ca-
» ractérisée symptomatiquement par des troubles de la
» motilité, par un délire expansif ou dépressif et un affai-
» blissement intellectuel progressif; anatomiquement, par

» de la méningite, des adhérences cérébro-méningées, du » ramollissement de la substance grise, des lésions de la » substance nerveuse et des vaisseaux. »

Quel rapport la folie paralytique a-t-elle avec les excès de boisson? Voici : l'alcool détermine précisément au cerveau les lésions qui caractérisent la paralysie générale.

La lésion matérielle qui constitue la caractéristique de la paralysie générale, c'est la sclérose du tissu nerveux accompagnée toujours d'un certain degré de stéatose et de dégénérescence des vaisseaux. Les symptômes varient d'après la nature expansive ou dépressive du délire. Cette seconde forme est rare, l'auteur l'a observée une seule fois; elle peut coexister avec de l'agitation comme avec de la stupeur, de l'hypochondrie, la manie des persécutions.

Dans la forme expansive, la mobilité est extrême, les idées se pressent puis s'embrouillent; la loquacité est excessive; mais la langue est tremblante et les muscles de la face animés de mouvements vermiculaires; les actes sont extravagants, l'intelligence affaiblie; *le malade se croit fort, riche, puissant; ses pupilles sont inégales, etc...*

Les belles observations nécroscopiques de Magnan, de Gambus, dans lesquelles les altérations de la substance de l'axe cérébro-spinal étaient si caractéristiques, ont permis à l'auteur de formuler cette conclusion : « l'existence simultanée de la cirrhose du foie et de la sclérose de la moelle, faits qui deviennent de plus en plus nombreux, n'est point une simple coïncidence, mais la preuve de l'action, sous l'influence de causes semblables, d'un même travail pathologique sur différents organes. »

Cette conclusion était à prévoir, vu les prémisses développées dans les paragraphes précédents.

Les effets de l'alcool sur l'homme aliéné, voilà un chapitre intéressant de l'histoire de cette intoxication. Il s'agit ici des dypsomanes, des imbéciles, des insuffisants, des aliénés paralytiques. Les manifestations aiguës de l'alcoolisme se combinent, sans les effacer, avec celles de la paralysie générale. C'est surtout l'eau-de-vie qui détermine chez les imbéciles les impulsions au suicide, au meurtre, à l'incendie, qui provoque les crises chez les épileptiques et, dans les intervalles des accès, les rend homicides. Sous cette influence enfin, le délire des persécutions change de caractère. Ce délire, caractérisé par des idées tristes, exemptes de terreur, avec hallucinations de l'ouïe, ce délire monotone circonscrit, devient bizarre, agité; aux persécutions d'ordre moral succèdent des persécutions physiques terrifiantes avec hallucinations de la vue.

5. L'auteur a résumé, d'après Magnus-Huss, Magnan, Hardy, Lancereaux, Audhoui, Béhier, Chauffard, Verneuil, Péronne et Gosselin, les faits intéressant la nature, la marche, le pronostic des maladies et des blessures qui surviennent chez les ivrognes. A propos des blessures, l'auteur avance qu'il semble résulter des observations de Tardieu que « les coups et blessures reçus par un homme en état » d'ivresse, *sans être en aucune façon capables de produire* » *la mort*, en sont assez souvent suivies. » (?)

Nous doutons fort que l'auteur ait bien interprété les paroles de l'illustre professeur.

Passons rapidement sur un beau chapitre transcrit sous la dictée de ces maîtres éminents, et ne retenons au passage que ces quelques mots de Verneuil prononcés à l'Académie de médecine de Paris. « On voit tous les jours, chez des

» hommes de 30 à 40 ans, à forte constitution, à charpente » athlétique, à santé inébranlable, durs à la fatigue, ar- » dents au travail comme au plaisir, devenir aux moindres » blessures, en dépit de la thérapeutique la plus ration- » nelle, le point de départ d'accidents graves que rien ne » peut entraver, lymphangite, phlegmon diffus, superficiel » ou profond, érysipèle de mauvaise nature, sphacèle enva- » hissant, hémorragies consécutives; le tout accompagné » de fièvre intense, de septicémie rapide, de délire furieux, » puis, à l'intérieur, de congestions et de phlegmasies vis- » cérales à marche foudroyante. » De son côté, M. Péronne signale la facilité avec laquelle s'élabore le pus chez les buveurs, ainsi que la gangrène à la faveur de l'altération du sang. Gosselin, enfin, met les chirurgiens en garde contre les accidents redoutables de l'ostéite aiguë, auxquels sont exposés les sujets de cette catégorie.

(L'alcoolisme, en effet, fait acquérir à l'économie une sorte de diathèse.

Il faut, selon nous, y regarder à deux fois avant de porter l'instrument tranchant sur un alcoolisé. La méthode connue sous le nom de chirurgie conservatrice, inaugurée par Seutin, a non seulement sauvé plus de vies que la médecine opératoire, mais que de mutilations n'a-t-elle pas épargnées? On semble trop l'oublier aujourd'hui, même lorsqu'il s'agit de sujets alcoolisés. La méthode belge, qui a immortalisé le nom de son auteur, s'était rapidement propagée en Hollande, en France, en Italie, en Angleterre même. La tendance actuelle de certains cliniciens est aux opérations quand même. C'est brillant, cela frappe l'esprit des élèves et surtout celui du public. Dans les pays d'où nous vient cette mode, certaines parties de l'Allemagne et

les États-Unis, on a été jusqu'à nier les diathèses, les prédispositions héréditaires ou acquises!

Il le fallait bien pour justifier la conduite des opérateurs. Qu'importe le sort du sujet si l'opération a été magistralement exécutée?

Je vous demande pardon, messieurs, de cette réflexion; je ferme ma parenthèse et je poursuis mon analyse.)

6. Les rapports de l'alcoolisme avec la morbidité, la mortalité, la durée de la vie et l'hérédité sont l'objet de chapitres distincts.

Au moyen de statistiques puisées aux meilleures sources, entourées de toutes les garanties qui en assurent l'exactitude, l'auteur n'a pas de peine à démontrer :

Que, dans l'armée anglaise, le chiffre des malades est environ trois fois plus élevé pour les soldats qui n'appartiennent pas aux sociétés de tempérance ;

L'accroissement de coëfficient de la mortalité générale et spécialement des morts violentes, des accidents, des suicides;

Que, d'après les statisticiens anglais qui se sont occupés, dans un double intérêt de science et de spéculation, de la durée de la vie chez les buveurs, à 20 ans un buveur peut espérer vivre encore 15,6 années ; tandis que s'il était sobre, cette espérance atteindrait 44,2 années. A 30 ans, ces chiffres sont respectivement 18,8 et 36,5 années.

7. De l'*alcoolisme héréditaire*, tel est le titre de la 7e partie du mémoire.

L'auteur a démontré anatomiquement et physiologiquement, dans le cours de son travail, comment — la stérilité faisant place à la fécondité — le chiffre de la population

devait s'abaisser. Il y a, dit-il, « plutôt lieu de se réjouir de ce fait que de le regretter. » La conduite des Athéniens, au jour de leur noce, nous les montre pénétrés de ce principe si laconiquement formulé par le vieil Amyot : l'ivrogne n'engendre rien qui vaille. Ce n'était point là évidemment l'avis de Cleanthis, mais bien celui de Sosie, mis en demeure de se défendre auprès de sa femme de certaines omissions et à qui Molière fait dire (Amphytrion) :

Les médecins disent, quand on est ivre,
Que de sa femme on se doit abstenir :
Et que dans cet état il ne peut provenir
Que des enfants pesants et qui ne sauraient vivre.

Ce que refute aigrement la prude Cleanthis en ripostant :

. . . . . .

Ni le vin, ni le temps ne font rien de fatal
... Et les médecins sont des bêtes.

Les aliénistes ont constaté la proportion considérable d'imbéciles, de fous, d'idiots, de sourds-muets, d'épileptiques, de scrofuleux issus de parents adonnés aux liqueurs alcooliques. La démonstration en quelque sorte mathématique de cet état de choses a été faite en Westphalie, en France, dans le nord de l'Europe. La caractéristique de la descendance réside dans les troubles du système nerveux : hystéricisme, convulsions, épilepsie, etc. On voit pendant la période embryonnaire des désordres dans les éléments destinés à devenir des parties importantes des centres cérébro-spinaux. Chez le fœtus ou dans le jeune âge, on a noté des atrophies partielles des hémisphères cérébraux, des arrêts de développement présentant les caractères de la sclérose avec des paralysies, des atrophies des membres, l'évolution incomplète des os du crâne.

Sur 813 cas d'alcoolisme, l'hérédité paternelle ou maternelle a manifestement été constatée 174 fois par Lancereaux. A l'asile de Binghamton (New York), en 20 mois, sur 379 cas, le dr Dodge a relevé 180 cas d'hérédité. L'appétence pour les alcooliques passe elle-même héréditairement de l'ivrogne à sa descendance, sans que l'on puisse invoquer la contagion de l'exemple, ainsi qu'en témoignent des observations attentives. Quelques-uns n'héritent que de la tendance ébrieuse; d'autres naissent idiots; d'autres enfin vivent intellectuellement jusqu'à un certain âge, mais bientôt ils sont marqués d'un arrêt fatal dans leur développement; ils doivent abandonner leur profession, leurs études. L'âge, l'époque de la puberté, une maladie intercurrente, des causes d'ordre moral constituent chez eux des crises périlleuses qui aboutissent à l'idiotie. La perversion des instincts est souvent leur lot, ils éprouvent un irrésistible besoin de faire le mal. Sur 300 idiots, la législature du Massachusets a relevé 145 cas d'enfants nés de parents ivrognes.

Dans la prison de Rouen, l'examen de 150 enfants de 10-17 ans, dont la plupart avaient été pris les armes à la main derrière les barricades, a donné des résultats déplorables au triple point de vue physique, intellectuel et moral (Morel).

On peut lire dans Morel l'histoire de quatre générations dans lesquelles se trouve nettement établie la succession des faits qui ont amené l'extinction de la race.

L'auteur termine ce chapitre par quelques lignes relatives à l'abaissement de la taille et à l'affaiblissement des constitutions. On a constaté que la proportion des miliciens impropres au service est en général peu considérable dans

les cantons où l'usage de l'alcool est peu répandu; il est très élevé dans les autres.

8. Quelles sont, dans la production des phénomènes, les circonstances qui font varier les effets des boissons alcooliques?

Ce sont la provenance, l'âge, la nature des boissons. A propos de bière, l'auteur mentionne deux cas l'un d'alcoolisme chronique, l'autre de delirium tremens, observés par deux praticiens belges, les d^rs^ Philipsen et Lesseliers. Le premier cas est relatif à un sujet qui abusait de bière de Louvain. Le mélange des substances étrangères à la bière, ses falsifications, l'usage du genièvre, de l'absinthe sont l'objet de remarques spéciales. Lorsqu'on voit les dangers auxquels exposent les consommateurs ces alcools frelatés qui se débitent dans le commerce et produisent en peu de temps les désordres de l'alcoolisme aigu et chronique, on ne peut trop insister auprès du Gouvernement pour obtenir qu'il exerce une surveillance minutieuse, incessante sur la qualité des boissons, pour qu'il édicte des peines sévères contre les falsificateurs, distillateurs ou débitants.

Il s'agit de conjurer un péril social toujours grandissant et dont nul ne peut contester la gravité.

Une étude sur l'influence de l'alcool selon les climats, les saisons, la température; sur l'âge, la constitution, le tempérament et la race vient compléter le mémoire.

III.

Voici comment l'auteur du mémoire, n° 1, divise son sujet.

1^re^ PARTIE. *A*. 1° Effets de l'alcoolisme sur l'individu; effets immédiats.

2° Effets secondaires sur l'individu.

B. Effets de l'alcoolisme chronique sur l'individu.

2e PARTIE : Effets de l'alcoolisme des parents sur les enfants.

A. 1° *Effets sur l'individu.* — L'alcool est absorbé en nature. On le retrouve encore tel dans l'organisme même après sept jours. Au physique les *alcoolisés* (1) présentent comme caractères du tremblement, des frémissements musculaires, de l'exagération ou de la diminution dans la sensibilité; accélération respiratoire, affaiblissement de température. Au moral, illusions hallucinatoires effrayantes, délire de persécution, exagération des sentiments qu'ils éprouvent à l'état de raison, idées de suicide et d'homicide. L'ivrogne succombe à l'hémorragie, laquelle, en dehors du traumatisme, appartient exclusivement à l'alcoolisme, quand elle siège entre la dure-mère et l'arachnoïde. L'alcool a vraiment quelque chose de spécifique ici; c'est à cette hémorragie, qu'au dire de Tardieu, sont dues les morts subites qu'on observe si souvent chez les ivrognes. Quand le malade est emporté dans les premiers jours qui suivent l'intoxication, que l'alcool agisse comme cause occasionnelle ou déterminante, c'est une affection intercurrente qui agit, et, en première ligne, la pneumonie, la pleurésie, *l'endocardite?* la méningite. L'auteur donne ici une bonne description du délire méningitique. Les idées avec tentative de suicide constituent un des effets immédiats de *l'alcoolisme aigu.* La mort, ou la perte du sentiment des distances et du

(1) L'auteur dit : *alcooliques*. En France, les écrivains les plus autorisés emploient indifféremment les termes *alcooliques* et *alcoolisés* pour qualifier les buveurs d'alcool. En Belgique l'usage a prévalu de réserver pour ces derniers, c'est-à-dire pour le sujet, la désinence *sé* et la désinence *ique* pour désigner l'objet, c'est-à-dire la *nature de la boisson*.

danger, peut être le résultat d'un accident, ou bien, poussé par une hallucination, par un trouble de la sensibilité générale, le malade se suicide. Tels sont les caractères du suicide dans l'alcoolisme aigu. Celui de l'alcoolisme chronique s'accompagne d'un certain raisonnement et se lie intimement au délire des persécutions. Les statistiques en France, en Allemagne, en Belgique et en Suisse démontrent la puissante influence de l'alcoolisme.

L'auteur a donné ses soins à une famille de quatre frères, tous ivrognes, dont le premier s'est jeté à l'eau et s'est noyé; le second s'est pendu; le troisième s'est coupé la gorge avec un rasoir; le quatrième s'est précipité du 3e étage et a survécu à ses fractures.

La proportion des incendiaires et des homicideurs est à celle des suicidés comme 1 est à 10, d'après Baër. Dans les prisons de Berlin, on compte parmi les adonnés aux boissons alcooliques, 46 % d'assassins, 33 % d'homicideurs, 48 % d'incendiaires.

Le suicide involontaire ressortit à l'alcoolisme aigu. Le second, qui est réfléchi, appartient à l'alcoolisme chronique. Ce sont les hallucinations qui produisent le plus souvent les homicideurs et les incendiaires; surtout l'état de panophobie qui est inséparable de l'intoxication et même de l'ivresse simple, ou bien le délire des persécutions.

Le délire des persécutions et le délire alcoolique constituent une association des plus fréquentes et des plus dangereuses pour le malade et pour la société, tout en conservant leurs caractères propres. Chez la femme, la passion alcoolique se développe plus rapidement et avec plus de gravité que chez l'homme.

Aussi, dans l'ouest de la France, depuis l'accroissement

rapide et effrayant de la fabrication des eaux-de-vie de grain et de pomme de terre, la progression des cas d'alcoolisme chez la femme a pris un développement considérable.

L'alcool diminue la plasticité du sang; de là des métrorrhagies.

Bien qu'il ne soit pas complètement l'adversaire des traitements par l'alcool, l'auteur trouve qu'il faut être très-prudent à cet égard, car le goût de l'alcool peut rester, et l'on a vu des enfants de pères qui avaient l'habitude des excès, tandis qu'eux-mêmes étaient restés sobres, sentir ce goût s'éveiller après avoir pris, selon l'avis du médecin, quelques gouttes d'eau-de-vie pendant leur convalescence : espèce d'éveil d'un instinct héréditaire!

Parmi les troubles nerveux qui semblent consécutifs à un accès d'alcoolisme aigu, l'auteur cite spécialement l'épilepsie. Elle ne diffère que peu de l'épilepsie essentielle, mais n'offre pas une *grande gravité par elle-même*, à moins que les accès ne se succèdent de très près. Il n'admet pas avec Magnan que l'absinthe seule détermine l'épilepsie. Ce serait une cause plus fréquente, rien de plus.

L'auteur a constaté l'apparition de l'épilepsie constitutionnelle à l'occasion d'un accès de délire alcoolique et l'a vue persister par la suite, en l'absence de tout nouvel excitant.

A. 2° *Effets secondaires.* — En dehors de la prédisposition ou du trouble nerveux qui appartient à tous les alcoolisés, il en est un certain nombre chez lesquels une première intoxication est suivie de désordres physiques qui frappent plus spécialement les organes de relation ; exagération ou diminution de ceux qui ont été constatés pendant la période aiguë.

Notons l'amblyopie, qui est aussi propre à l'intoxication chronique, et parfois la dyschromatopsie : le violet paraît rouge, le bleu gris, le vert et le jaune se confondent ; chez d'autres malades, l'accommodation est difficile.

Dans l'alcoolisme aigu, il y a presque toujours hyperesthésie des nerfs acoustiques. Il est plus difficile d'apprécier ici les lésions du toucher, du goût et de l'odorat que dans l'alcoolisme chronique dont elles sont une des complications les plus graves.

B. Effets de l'alcoolisme chronique. — L'alcoolisme ne se constitue pas uniquement par la transformation de l'état aigu en état chronique, mais bien plus ordinairement encore par l'abus régulier, l'accumulation insensible du toxique dans l'économie. C'est surtout chez la femme, qui ne fait pas des excès violents et passagers comme l'homme, que cette forme se produit de la sorte. Beaucoup d'entre elles se livrent à ce penchant pour relever des forces abattues; la perversion n'a souvent pas de limites. (Nous avons connu une femme qui consommait des flacons d'alcool camphré qu'on lui délivrait pour se frictionner, après en avoir précipité le camphre par une addition d'eau). La passion de boire peut encore résulter d'un trouble psychologique, d'un trouble intellectuel intermittent; tantôt c'est une impulsion irrésistible comme chez les dypsomanes; tantôt peut-être une manifestation d'hérédité alcoolique. L'intoxication retentit sur tous les organes des sens sans exception, paralyse toutes nos fonctions, substitue aux sécrétions normales des produits nouveaux qui, au lieu d'être passagers, constituent souvent une infirmité incurable.

Aux tremblements de l'alcoolisme aigu se joint après la crise l'indécision des mouvements, les objets ne sont plus sentis et s'échappent des mains. Des extrémités la faiblesse musculaire gagne tout le corps ; il arrive un moment où l'alcoolisé ne peut plus se tenir debout. A un degré plus avancé, il y a relâchement des sphincters. Primitivement ou consécutivement survient plus ou moins de paralysie, ou plutôt de la parésie. On signale notamment la paraplégie alcoolique chez les femmes, à Londres; Willis, Lockhart-Clarke, l'ont rencontrée caractérisée par des douleurs semblables à des chocs électriques revenant par accès. Ces douleurs précèdent de beaucoup les troubles moteurs. Charcot se demande s'il ne s'agirait pas dans l'espèce d'un *tabès*, d'origine alcoolique cette fois, mais devant toujours être rattaché à une lésion des cordons postérieurs. C'est surtout à la plante des pieds et aux mollets que les douleurs existent sous formes de fourmillement, de crampes, de constrictions qu'exaspèrent la moindre pression, la chaleur du lit, le passage du chaud au froid et vice-versa. Dans le cas d'hémiplégie, les sens sont toujours plus ou moins intéressés ; il y aura du côté paralysé une anesthésie presque absolue. Dans l'alcoolisme chronique, en dehors de toute paralysie, il y a communément affaiblissement de la vision. Les pupilles sont *dilatées* et *peu impressionnables à la lumière ;* les objets vacillent dans de certaines limites. Il y a perversion du sens des couleurs, diplopie ; à l'ambliopie succède parfois une amaurose spécifique, consécutive à l'atrophie des nerfs optiques. A l'hyperesthésie auditive de l'état aigu a succédé de l'anesthésie ainsi que l'affaiblissement progressif du goût et de l'odorat.

Un phénomène initial et presque constant, variable d'in-

tensité, consiste dans une céphalalgie que l'auteur rapporte en grande partie à la formation de néo-membranes qui sont un des phénomènes les plus fréquents de l'alcoolisme chronique.

Les rêvasseries, les cauchemars, *une insomnie rebelle à tous les traitements, constituent au début le phénomène le plus fréquent de l'intoxication alcoolique.* Pour obtenir un repos momentané, l'alcoolisé se livre de plus en plus aux excès, jusqu'au moment où un délire caractérisé par un trouble de la sensibilité générale, des hallucinations, des idées de persécution, un accès maniaque viennent à éclater; puis arrivent les vertiges, les attaques épileptiformes, le plus souvent sous l'influence du moindre excès, et qui intéressent un muscle ou un groupe de muscles, principalement limités à la face et aux membres supérieurs. Mémoire, idées, jugement s'affaiblissent; les actes, les paroles portent l'empreinte du délire des persécutions inséparable de l'alcoolisme : caractère inquiet, jaloux ou irascible. Quelques-uns conservent un reste de conscience de leur situation, déplorent leurs excès, mais n'ont plus la volonté de réagir et cherchent dans le suicide un remède à leurs souffrances réelles ou imaginaires. Chez la plupart, le suicide s'accomplit pendant la période aiguë de l'intoxication, ou sous l'influence d'une hallucination. L'homicide a presque toujours le caractère d'un acte à demi-raisonné, le crime est parfois préparé de longue main; il y a bien lutte encore entre la folie et la raison, mais celle-ci succombe par perversion de jugement et sous un entraînement violent.

Signes physiques de l'alcoolisme chronique. — Le sang forme de petits grumeaux restant sous le filtre. Des débris de fibrine peuvent être le point de départ de noyaux

d'embolie qui altèrent les capillaires pulmonaires et amènent des congestions. L'état graisseux du sang est surtout caractéristique dans les veines-caves ; le nombre des globules rouges est considérablement diminué. Des recherches personnelles de l'auteur, il résulte que la quantité de beurre est augmentée. D'après le dr Bessier, il y aurait diminution de la masse totale du lait, due à l'augmentation de la sécrétion urinaire, à une diminution d'acide carbonique, enfin à un défaut d'alimentation et d'assimilation. La salive est plus rare, plus épaisse ; la soif vive, la gorge sèche. Les parotides et les sous-maxillaires sont des premiers à subir la dégénérescence graisseuse. Au réveil de l'alcoolisé, il se manifeste de la dyspnée avec toux violente, nausées, rejet de matières glaireuses, visqueuses. Il n'est pas rare de voir survenir une toux gastrique avec vomissements alimentaires, de la gastrorrhagie, ce qui dénote un ulcère. L'intestin participe souvent à l'inflammation générale.

Après le cerveau, c'est le foie qui est le plus intéressé : augmentation de volume, ictérie, troubles digestifs, prostration de forces, peau jaune. On a même rencontré l'*ictère aigu grave* (Leudet). Il y a aussi dégénérescence du foie ; les cellules hépatiques se remplissent de granulations graisseuses qui envahissent tout l'organe et s'opposent mécaniquement au cours du sang et de la bile, d'où la formation de calculs biliaires et des troubles physiques.

La stéatose envahit le péritoine, le mésentère, les épiploons, c'est l'obésité. Au lieu d'hypertrophie graisseuse, il se produit aussi de l'atrophie de la substance et des vaisseaux du foie avec prolifération du tissu fibreux ou dégénérescence granuleuse. La cirrhose du foie est constamment accompagnée d'hydropisie et d'atrophie musculaire. La

cirrhose est commune. Sur 50 cas, Frérichs en a constaté 34 dus aux excès alcooliques; Bamberger 10 sur 34.

A l'encontre de la période aiguë, l'urine est plus rare ici qu'à l'état normal. Elle a subi une modification en nature, elle renferme plus ou moins d'albumine. Ce fait, passager dans l'état aigu, est, quand il persiste, un *indice grave dû à l'intoxication du sang plutôt qu'à un trouble fonctionnel de l'organe. C'est à peine si le microscope révèle un commencement de dégénérescence des tubuli, qui sont distendus par des granulations graisseuses. Dans les deux formes, il semble que le rein ne soit intéressé que secondairement, c'est-à-dire lorsque le sang, privé de l'un de ses éléments, a déterminé une altération de structure, une dégénérescence qui rend le trouble permanent.*

C'est en tous cas une des complications les plus fréquentes et des plus graves. Christison attribue $\frac{4}{5}$ des cas observés par lui à l'alcoolisme; Frérichs $\frac{1}{2}$; Brierre de Boismont $\frac{1}{3}$. Mais des proportions aussi élevées sont loin de se rencontrer ailleurs.

Après une forte ingestion d'alcool, le poumon en élimine encore pendant huit heures.

Les caractères de la pneumonie, chez les alcoolisés, sont : au début, de un ou deux lobes envahis, l'inflammation gagne l'organe entier, puis l'autre poumon. *La suppuration et la gangrène constituent la règle* (?). Le délire, d'une violence extrême, doit être attribué à une *méninge concomitante*. En l'abcence d'excès récents, une inflammation accidentelle, chez un alcoolisé, ramène souvent les symptômes aigus de l'intoxication disparue.

Quelle est l'action de l'alcool sur le développement de la tuberculose pulmonaire? Les observations propres de l'au-

teur ne lui paraissent pas assez concluantes. Il cite Lancereaux, lequel attribue à l'alcool une action puissante sur le développement de la phtisie granuleuse, Krans de Liége, qui a publié deux observations de l'espèce, les docteurs Schnurrer, Launay, du Hâvre, etc. Il fait remarquer enfin que jamais la phtisie aiguë n'a été aussi commune dans l'est et dans l'ouest de la France que depuis l'établissement des distilleries, qui a suivi la marche ascendante de la consommation des eaux-de-vie. L'auteur a toujours observé, dans l'état d'alcoolisme, chez les phtisiques, une aggravation et une marche rapide de l'affection ; que de plus la tuberculisation et surtout la méningite tuberculeuse des enfants reconnaît comme facteur *important l'alcoolisme* des ascendants. Les troubles du cœur ne sont ni moins graves, ni moins fréquents. Les excès immodérés continuant, amènent de l'hypertrophie et une dégénérescence graisseuse, qui intéressent non seulement les ventricules, mais encore les valvules, gênant ainsi mécaniquement celles-ci et conduisant aux désordres des lésions organiques. *La péricardite* et *l'endocardite sont le plus souvent des accidents immédiats de l'alcolisme aigu*. Les vaisseaux participent à la dégénérescence générale : anévrysme, inflammation adhésive, embolie, athérome des grosses artères. Les veines superficielles sont parfois distendues à se rompre ; leur rupture constitue l'*ulcère de gin* des Anglais. Aux malléoles, ces plaies, accompagnées d'hémorragies assez fortes, sont rebelles à toute cicatrisation. C'est aux capillaires distendus et à leur circulation ralentie qu'est due la couperose.

Après le rein et le poumon, c'est par la peau que se fait l'élimination la plus considérable d'alcool. De là ces ecthymas, eczémas, psoriasis, ces lichens si fréquents chez les

buveurs. L'auteur ajoute : *et principalement la pellagre* (?). Il déclare avoir vu la pellagre survenir à trois reprises chez un de ses malades, et disparaître chaque fois après la cessation des excès de boissons, sans autre médication que de modifier le régime alimentaire.

A la suite de tous ces désordres dus à l'alcool, rien d'étonnant à ce que les plaies ne se cicatrisent pas ou soient suivies d'érysipèle; que, dans les maladies contagieuses épidémiques, les alcoolisés fournissent le plus fort contingent à la mortalité.

L'alcoolisé disparaît souvent pour faire place au dément, au paralytique. Il y a des degrés dans la démence consécutive à l'alcoolisme chronique. Les uns, tout à fait incapables, ne vivent que de la vie végétative et meurent rapidement dans un marasme complet; les autres ont encore quelque chose qui n'est absolument ni l'intelligence ni l'instinct; apathiques, indifférents, ils vont où on les pousse; ils ignorent leur âge; leur conversation est un vrai salmigondis de mots, de noms, de dates accompagnés d'idées de satisfaction et de grandeur.

Par suite de la congestion encéphalique qu'il détermine habituellement, l'alcoolisme peut conduire à la paralysie générale. Mais celle-ci ne résulte pas fatalement du premier, lorsque les symptômes de l'un et de l'autre se rencontrent chez le même individu.

Pour résumer les effets des abus des spiritueux, l'auteur cite des chiffres relatifs aux victimes de l'alcoolisme, puisés dans les services des hôpitaux de Paris et dans différents États d'Europe et d'Amérique. Cette mortalité est de 1/29 dans les hôpitaux de Paris; elle s'élève à 50,000 en Angleterre, 40,000 en Allemagne, 37,000 aux États-Unis, 15,000 en

Russie, 4,000 *en Belgique* (?) 2,500-3,000 en Espagne, 1,800 en Italie, 1,500 en France.

Après quelques lignes relatives à la mortalité dans certaines professions, l'auteur passe à la deuxième partie du mémoire.

2e PARTIE. — *Effets de l'alcoolisme des parents sur les enfants.* — L'alcool est, dit l'auteur, le plus grand facteur de la dépopulation tant dans l'ancien que dans le nouveau monde, par son influence sur la diminution du chiffre des naissances et par la production des non-valeurs qui, suivant l'expression de Morel, se trouvent dans l'impossibilité de former dans l'humanité la chaîne de transmissibilité d'un progrès et le plus grand obstacle à ce progrès par leur contact avec la partie saine de la population.

Des tribus, des peuplades entières d'Asie et d'Amérique, ont disparu, décimés par l'alcool. N'ayant pu les vaincre par le fer et le feu, les peuples civilisés les ont empoisonnés.

Les effets de l'alcool varient suivant que l'hérédité procède du père ou de la mère, ou de l'un des deux seulement. Toutes choses égales, il est hors de doute que l'hérédité, du chef de la mère, se transmet plus facilement que celle du père. Le père féconde, mais c'est la mère qui organise.

Chez la femme, la menstruation cesse non seulement prématurément, mais elle est exposée aux métrorrhagies, aux avortements, et l'on trouve les ovaires réduits à leur trame musculaire, par suite de la disparition de la partie glanduleuse. L'utérus est mou, flasque ; il y a stérilité. Il n'est non plus pas rare, au terme de la grossesse, de voir survenir des attaques d'éclampsie mortelles. Cela s'explique par la superalbuminose due à l'état gravide et à laquelle vient s'ajouter l'influence de l'alcool sur le rein.

Chez l'homme, les organes se flétrissent, les vésicules séminales atrophiées renferment un liquide visqueux, jaunâtre, très pauvre en spermatozoïdes. Si la fécondation a lieu dans de telles conditions, le nouveau-né pourra être affecté de monstruosité congénitale ou d'un état de débilité qui l'emportera au premier souffle.

L'abus des alcooliques chez les nourrices produit une éclampsie chez le nourrisson. Celle-ci débute par une contraction violente des muscles de la mâchoire pour s'étendre aux muscles du tronc et du dos. La cessation de la cause fait disparaître les accès. Des observations qu'on ne peut plus révoquer en doute ont montré l'influence de l'alcool sur la production de l'épilepsie chez les enfants procréés pendant l'état d'ivresse.

L'auteur rapporte un fait précis à l'appui de ceux des docteurs Voisin, Bessier, Demeaux, Dehaut et Vousgier. Il mentionne aussi un cas d'hydrocéphalie. Toutefois, le fait de Breschet de la naissance de trois enfants hydrocéphales, nés d'une femme jeune et saine et d'un mari de 60 ans, buveur intrépide, peut bien n'avoir aucun rapport avec l'alcoolisme et trouver une autre explication. Enfin, il signale encore comme conséquence de l'hérédité la déviation de la face, la contraction des extrémités, le mutisme, la cécité, l'imbécilité, enfin l'épilepsie.

L'alcool se retrouve en nature dans le lait. Plusieurs nourrices le savent et utilisent la légère somnolence qui se produit chez le nourrisson après la tétée, mais des indigestions, des vomissements, des diarrhées, des accidents de gastro-entérite mortels surviennent; d'autres fois l'intoxication se traduit par des troubles nerveux ou par une éruption cutanée. Des observations, puisées dans les *Bulletins de*

la Société protectrice de l'enfance, démontrent ces effets à suffisance.

Suit une série d'observations, dont huit appartiennent en propre à l'auteur. Les autres émanent de praticiens en renom. Elles ont trait à la façon dont vivent et meurent les enfants des alcoolisés. Il y a innéité ou bien une prédisposition qui ne réclame pour se produire que le concours de l'une ou de l'autre circonstance. On a vu des enfants d'alooolisés présenter une excitation intellectuelle précoce qui disparaît avec l'âge, au fur et à mesure que le raisonnement devient indispensable pour l'étude, et les laisse dans une demi-ignorance des connaissances les plus élémentaires. Ces enfants constituent la catégorie des demi-imbéciles, chez lesquels on remarque le plus souvent des instincts pervers, des appétits étranges, une volonté indécise, un jugement qui ne repose sur aucune base, sur aucun principe solide. Ces observations, bien recueillies, relatent les morts prématurées, l'épilepsie, les convulsions, les accidents cérébraux, la langueur, la dégénérescence et l'extinction, la stupidité, l'idiotisme, le strabisme, les mort-nés, la paralysie générale, la manie, le délire; tout cela se traduit chez les héréditaires prématurément et sous l'influence d'une cause occasionnelle.

Les phénomènes critiques, qui jouent un rôle si considérable dans le pronostic de l'aliénation mentale sont sans conséquence dans les cas de manie héréditaire alcoolique. Ajoutons à cette série de maux déjà longue, que les imbéciles alcooliques sont non seulement capables d'excitation génésique violente, mais sont des plus dangereux comme meurtriers et incendiaires. Quand nous aurons cité la lypémanie et la paralysie générale, nous aurons sans doute

épuisé la liste des lots qui échéent souvent aux alcoolisés héréditaires.

Mentionnons encore pour terminer un fait curieux de génération d'alcoolisés chez lesquels les manifestations ont épargné toute la deuxième génération (observation 25), pour se produire à la troisième, en dépit des habitudes les plus sobres. De tels faits méritent toute attention.

IV.

Je suis arrivé au terme de cette longue analyse que je n'ai pu écourter. J'en ai été empêché par l'importance du sujet traité, la multiplicité des points qu'il soulève, par la longueur des mémoires; j'avais besoin enfin, pour justifier des conclusions qui pourraient vous paraître sévères, de présenter à l'Académie comme le décalque fidèle, à échelle réduite, des travaux soumis à son appréciation.

La question de l'alcoolisme est véritablement à l'ordre du jour; elle y restera longtemps encore. Il y a douze ou quinze ans à peine les physiologistes, les expérimentateurs étaient loin d'être d'accord sur la manière d'agir de l'alcool. Si, depuis lors, bien des problèmes ont été éclaircis ou sont en voie de l'être, d'autres restent encore tout obscurs; il appartient essentiellement aux investigations anatomo-pathologiques et à l'observation clinique de les résoudre. Jamais question plus vaste, plus complexe, plus grave, plus urgente ne fut soumise aux hommes de science; elle intéresse directement l'individu, la famille, la race, la justice, l'assistance publique, l'économie politique. C'est aux médecins, aux hygiénistes, aux magistrats d'éclairer la route et de tracer leurs devoirs aux administrateurs et aux hommes d'État.

La section d'hygiène et de médecine légale, en proposant à l'Académie d'adopter comme sujet de concours : « *Déter-* » *miner, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de* » *l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur* » *l'individu que sur sa descendance* » a eu pour but de faire dresser une sorte de bilan des notions acquises pour en déduire les applications, en même temps qu'elle visait à provoquer l'examen critique des points encore en litige.

Pour juger du mérite des solutions intervenues, il importe de faire ressortir la signification des différents termes de la question.

L'alcool agit-il sur le cerveau par suite de la sympathie qui existe entre cet organe et l'estomac; ou bien directement sur le système nerveux ? Est-il un aliment respiratoire ; ou bien est-il directement transporté dans le torrent circulatoire et transformé en aldéhyde? Ou enfin circule-t-il en nature dans les vaisseaux sans subir d'altération et pour être éliminé de toutes pièces par les voies sécrétoires?

L'expérimentation, l'étude des altérations de tissus, l'observation clinique ont dû largement servir ici de guide à la physiologie. Et ce n'est qu'après avoir établi celle-ci sur de solides assises que les auteurs pouvaient aborder avec fruit la pathogénésie de l'alcoolisme, dérouler la chaîne des symptômes si nombreux, si divers, et pourtant univoques de la maladie.

Au point de vue de la pathologie, démontrer que les phénomènes produits sont bien le fait de l'intoxication, les rattacher à des altérations anatomiques et à des symptômes psycho-physiologiques bien observés, telle était la deuxième partie de la tâche. L'Académie, par les termes « *s'appuyant sur des observations précises* » entendait ne pas imposer aux

concurrents des recherches propres, qu'elle eût été heureuse d'avoir suscitées, mais elle exigeait la mise en œuvre des nombreux matériaux épars dans la science. De ces données, estampillées de noms autorisés, il appartenait à une critique saine et savante de faire sortir tout le fruit. Tout fait dépourvu de sanction scientifique ne doit pas être pris en considération. Dans cette pensée, l'Académie réclamait des concurrents qu'à côté de l'étude des troubles physiologiques et psychiques de l'alcoolisme, vint se placer, dans les limites des résultats acquis, celle des altérations des organes de nutrition et du système nerveux. Cette voie est la seule qui puisse faire aboutir au diagnostic certain des manifestations morbides dues à toute espèce de causes et des affections similaires procédant de l'intoxication alcoolique; qui puisse permettre de déterminer rigoureusement par quelle filiation est conduit l'alcoolisé pour arriver à la méningite, à la pachyméningite, à la manie, à la démence, à la lypémanie, à la folie paralytique; et de montrer enfin comment les effets de l'alcool ne se bornent pas à l'individu, mais s'étendent à la famille jusqu'à une extinction qui ne tarde pas au-delà de la quatrième génération.

A l'aide de tous les matériaux fournis par les pathologistes, les aliénistes, puisés dans les expertises médico-légales, il est aujourd'hui possible d'ériger l'alcoolisme en entité morbide, de créer l'unité dans ce qui naguère était le chaos.

Ce n'est pas tout. Sous le rapport psychique, l'intoxication alcoolique ne conduit pas seulement à la folie, elle a sa face à elle; elle excite les passions, pervertit le jugement, altère profondément la conscience et la volonté, elle mène au vice. Aiguë ou chronique, elle pousse à attenter à la sécu-

rité des personnes, commande le suicide, le meurtre, l'incendie. Où et de quelle nature sont les altérations qui ont ainsi modifié l'état moral de l'individu? Voici un homme mort avec une lésion traumatique; cette lésion a-t-elle pour cause l'alcoolisme? Plus d'une fois, la mort par ivresse, a été rapportée à des violences. Ces cas sont du nombre de ceux qui mettent souvent la justice en éveil. Pour l'appréciation morale des faits, il s'agit de savoir, quand un crime a été commis, jusqu'à quel point les blessures ont été modifiées par l'alcoolisme. Mais d'autres problêmes plus difficiles, plus redoutables se présentent chaque semaine devant les cours et tribunaux. L'alcoolisme, plus encore que la folie est le plus souvent l'ouvrage de nos vices ou de nos fautes. Il y a des degrés dans l'ivresse. A quel moment ont disparu la conscience et la volonté? A quelle période médico-légale commence l'ivresse? L'ivresse est-elle une aggravation, une atténuation ou une excuse du crime commis en cet état? Est-ce l'ivresse ou l'aliénation mentale qui est venue modifier la responsabilité? Dans l'alcoolisme sub-aigu n'a-t-on pas vu simuler l'amnésie et l'épilepsie? Quel rôle a joué l'hérédité alcoolique dans le trouble mental qui a poussé au crime? Quel était l'état mental de l'individu avant l'état d'ivresse? Quelle a été la source des impulsions de l'ivresse et est-elle héréditaire, organique? Pour faire cesser la responsabilité de l'ivrogne, faut-il prouver la folie dans l'intervalle des accès? Tandis que sa moralité est pervertie, qu'il est fatalement et sans la moindre cause occasionnelle incité aux actes dangereux, à quels signes reconnaît-on que la raison et la conscience de l'ivrogne sont simplement obscurcies, affaiblies et non anéanties? Si la responsabilité cesse avec la folie, cesse-t-elle toujours dans la forme

maniaque de l'alcoolisme, dans le delirium tremens ?

C'est au médecin, à la science à fournir au magistrat et au juré des éléments de conviction puisés dans les causes pathologiques qui modifient l'état moral. Esquirol, Marc, Leveillé, Renaudin, Falret, De la Siauve, Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, Voisin, Tourdes, Foville, Serret, en France; Brühl Kramer, Clarus, Most, etc., en Allemagne, ont fourni sur les questions de ce genre des appréciations dignes d'être méditées.

Nous vous avons mis sous les yeux toutes les pièces du procès; vous pouvez juger maintenant, messieurs, si notre critique et nos conclusions sont équitablement fondées.

Constatons tout d'abord que les auteurs des deux mémoires qui nous restent à examiner, nos 1 et 3, ne s'accordent guère sur l'étendue et la qualité des points à traiter.

« Nous ne ferons qu'effleurer, dit l'auteur du mémoire » no 3, la question de l'influence de l'alcool *sur la vie mo-* » *rale des individus* et des peuples, malgré ses rapports » étroits avec le bien-être physique et surtout avec la vie » intellectuelle. Le sujet est déjà assez vaste, et nous » croyons que si l'Académie avait désiré des considéra- » tions spéciales, ayant trait à ce sujet, elle n'aurait pas » manqué de le déterminer expressément. »

La réflexion est juste en ce qui concerne les peuples, mais non pour ce qui a trait à l'individu; le sujet est nettement compris dans la question.

« Une étude approfondie des diverses formes d'alcoo- » lisme et de leurs manifestations spéciales, dit le mémoire » no 1, nous semble hors du programme qui nous est indi- » qué, aussi ne conserverons-nous que les symptômes qui » paraissent nécessaires, indispensables pour l'intelligence » du sujet. »

Je commence par la discussion du mémoire le plus volumineux, le n° 3.

V.

Avant d'aborder l'étude de l'action physiologique de l'alcool, l'auteur du mémoire n° 3 a exposé en détail les propriétés chimiques et physiques de ce corps. C'est là un hors-d'œuvre; ces données figurent dans tous les traités de chimie organique.

L'alcool introduit dans le sang prive celui-ci de son oxygène et le charge d'acide carbonique. Il y a longtemps que M. Bouchardat a gratifié l'alcool de la propriété d'absorber l'oxygène du sang artériel et d'asphyxier les globules, comme si le sujet était plongé dans un milieu privé d'air respirable.

Sans doute l'anhématosie se produit, mais dans la période d'intoxication seulement, quand la puissance inspiratoire est paralysée. Il suffit d'examiner le sang d'un homme ivre, d'un animal alcoolisé, pour se convaincre que le sang a conservé sa couleur normale. Plus loin, l'auteur est amené à conclure que l'alcool est diurétique, même à petites doses; que la quantité d'urine éliminée sous son influence à 36° est cinq fois plus forte qu'à une dose égale d'eau. Cette augmentation d'urine coïncide avec une diminution d'acide urique, d'urée et d'acide carbonique dans l'air expiré. Ici des réserves sont nécessaires. En même temps qu'elles augmentent la quantité d'urine, les boissons alcooliques, chez un sujet qui ne se livre pas à l'abus, ont pour effet d'activer légèrement la sécrétion de l'urée. L'urée se forme peut-être dans tous les points de l'économie, provient de l'oxydation de tous nos tissus protéïques plutôt que de la transformation directe des aliments.

(C'est, croyons-nous, par distraction que l'auteur a écrit, p. 31 du manuscrit : l'urée est le principal produit de la combustion des matières *non azotées*, etc....)

Ce qui est actuellement hors de doute, c'est que le principal foyer d'élaboration de l'urée est établi dans le foie. C'est au foie qu'est dévolu le rôle capital dans la formation des matières azotées éliminées par les reins. On conçoit, en de telles conditions, l'action peu énergique ou tardive de l'alcool sur les décompositions lentes qui représentent l'usure de nos tissus. La diminution d'urée, lors même qu'elle serait constante, est insuffisante à donner la mesure de l'action réellement dépressive de l'alcool. On veut que cette diminution soit l'une des caractéristiques d'une combustion moins vive des composés protéïques ; mais alors il ne faut pas non plus que cette urée soit remplacée par d'autres résidus d'oxydation moins avancée ou d'un autre ordre, tels que la créatine, la leucine, la tyrosine, etc. Or, cette démonstration n'a pas été faite. Disons enfin que les ivrognes se nourrissent peu, et l'on sait que la diète abaisse le chiffre de l'urée ; que, dans les lésions du foie, la cirrhose, la dégénérescence graisseuse, communes dans l'alcoolisme, la quantité d'urée excrétée est des plus minimes. Ce ne serait donc pas l'action de l'alcool qui provoquerait la diminution de l'urée quand elle existe.

La diminution de la quantité d'acide carbonique exhalé a une portée plus décisive. Pendant la fièvre, cette quantité est une fois et demie plus forte que celle qui se dégage pendant l'état de santé. La diminution est bien le résultat d'un ralentissement du mouvement d'oxydation interstitielle. L'alcool permet de manger moins souvent, mais il soutient sans nourrir, en empêchant la dénutrition d'aller

trop vite. De même qu'on avait conclu de dosages effectués au pouvoir comburant de l'organisme, de même on a conclu à un abaissement corrélatif de température. Sans doute les choses doivent se passer ainsi; mais à la démonstration thermométrique du fait brut, manque la démonstration mathématique de grandeur ou de quantité. L'exercice, la nourriture, font varier considérablement chez le même individu et, d'une heure à l'autre, la production de la chaleur interne. En fait, dans l'état actuel de la science, il n'y a plus lieu de nier l'influence de l'alcool sur la chaleur centrale des animaux à température constante. Les mouvements intimes, les phénomènes physico-chimiques qui s'opèrent dans l'intimité de la substance organisée sont thermogènes. Mais la production d'acide carbonique n'est pas immédiate; il est le dernier terme d'une succession de phénomènes de transformation, d'une suite d'opérations analogues à celles qui donnent naissance à l'urée, l'acide urique, à la créatine, à la créatinine, à la xanthine, à l'acide lactique, aux acides de la bile. Evidemment cette série d'oxydations qui produisent non seulement ces corps destinés à être éliminés, mais aussi des matières récrémentitielles qui nous échappent, sont des sources de chaleur. Toutefois les actes sécrétoires en sont une autre plus saisissable et précisément mesurable. Les expériences décisives de Cl. Bernard, de Ludwig ont démontré que le sang qui sort du foie, des reins, des glandes salivaires, des muqueuses gastrique et intestinale est plus chaud qu'à son entrée. Ajoutons enfin à tout cela les effets de la contraction musculaire.

Bien des causes empêchent que le calorique produit se traduise à nous à son degré réel. Non seulement la déperdition a lieu en bonne partie par l'évaporation cutanée et

pulmonaire, par le rayonnement, mais aussi par des actions physico-chimiques qui se passent dans l'intimité des tissus. Ainsi, de la chaleur qui se dégage dans la fibre musculaire, une partie se transforme en mouvement ; la partie de chaleur non utilisée s'emmagasine dans le muscle, le surchauffe. Quelle est, je ne dirai pas la mesure éminemment variable de part et d'autre, mais le coefficient *maximum* ou *minimum* de ces quantités de chaleur engagées sous l'empire de la loi mécanique de la transmutation des forces? Il faut enfin tenir compte des phénomènes qui, se passant dans l'intimité des tissus, soustraient de la chaleur pour s'effectuer.

Etant donné 8000 calories pour la capacité de chaleur du carbone et 34000 pour celle de l'hydrogène, on est arrivé à établir que la quantité de chaleur produite par l'organisme humain, en 24 heures, oscille entre 2700 et 3250 calories. Mais que de variations? D'après les chiffres de Hirn et de Helmholz, le corps humain produit, *à l'état de repos*, 112 calories par heure ; *pendant le sommeil*, 36 ; *pendant le mouvement*, 271 !

Aussi voyons-nous, en présence de tant de conditions diverses, les expériences thermométriques offrir dans leurs résultats d'étranges écarts. Bien plus, des expérimentateurs sont arrivés à constater une *augmentation* considérable de la production de la chaleur sous l'influence de l'alcool?

Nous disions à l'instant que la formation des liquides en sécrétion est une source puissante de chaleur. L'auteur du mémoire a admis la double action tantôt irritante, tantôt excitante de l'alcool sur les surfaces d'absorption. « Il doit » de même faire sentir ses effets dans tous les organes qu'il » traverse, dans tous ceux par lesquels il s'échappe sur- » tout » : les reins, la peau, la muqueuse respiratoire. On

l'a retrouvé en nature dans la bile, le lait, les matières fécales, la salive.

Voilà donc l'alcool jouant ici le rôle d'agent de calorification, tandis qu'il est un agent de réfrigération?

Y a-t-il contradiction? Si oui, je ne la crois qu'apparente. L'auteur ne la signale pas. Expliquons-la. Rappelons :

1° La combustion intime et les métamorphoses des substances constituantes des tissus, avec élimination ou transformation des produits; 2° la suractivité même imprimée aux fonctions cutanées et pulmonaires, irritations qui, pour les premières, se traduisent par des lésions du tissu; 3° le rôle enfin des nerfs vaso-moteurs dans la calorification animale.

Notons ce que l'auteur a montré de son côté, que la dilatation vasculaire est liée à une action de l'alcool sur le grand sympathique; qu'à la surface cutanée l'alcool excite les glandes sudoripares. Par le rapprochement de tous ces faits, on peut déduire du raisonnement suivant le mécanisme de l'abaissement de la température profonde du corps sous l'influence de l'alcool et montrer qu'il n'y a pas de contradictions.

La paralysie des nerfs vaso-constricteurs, qu'elle soit directe ou qu'elle résulte indirectement de l'excitation des vaso-dilatateurs, augmente l'afflux du sang dans les organes où la dilatation s'opère et y accroît la production de la chaleur. L'inverse aura lieu, si des influences vaso-motrices amènent le resserrement des vaisseaux.

L'évaporation insensible ou la transpiration qui se produit à la surface du tégument cutané, au moyen des glandes sudoripares, implique une soustraction de chaleur, un refroidissement de la peau et des tissus sous-jacents. En

outre, le rayonnement du calorique est d'autant plus intense que la température de la peau offrira un écart plus marqué avec celle du milieu ambiant. Cette dilatation des vaisseaux périphériques dans toute l'étendue de la peau soumet une grande quantité de sang aux causes de déperdition de chaleur. Par suite du mélange du sang des viscères avec celui qui revient de la périphérie au centre, l'abaissement de la température du sang dans les veines caves pourra être plus considérable que lorsque les vaisseaux superficiels sont médiocrement dilatés, et la température profonde descendre au-dessous de la moyenne normale. Dans les conditions inverses, c'est-à-dire si les vaisseaux se resserrent, il y aura réduction proportionnelle de l'évaporation, moins de sang circulant à la surface du corps, et par conséquent une des causes de déperdition de chaleur diminuera en proportion. Mais pour lutter contre le rayonnement dans l'espace, cette autre cause de refroidissement, la circulation cutanée doit devenir plus active. Or les emprunts de calorique que lui fait sans cesse l'atmosphère provoquent un refroidissement qui gagne en profondeur. Toutefois, les vaisseaux resserrés de la superficie n'ont admis qu'une minime quantité de sang, la circulation est ralentie dans les réseaux et, en fin de compte, les veines ne ramènent plus dans la masse du liquide sanguin qui revient aux veines caves qu'une minime proportion de sang refroidi. L'abaissement de température est à peine sensible dans les veines, dans le cœur, l'aorte, etc., moindre que dans les circonstances d'activité ordinaire de la respiration. De là élévation de la température centrale du corps. En somme, le degré d'activité de la circulation cutanée peut servir de mesure à l'abaissement de la température centrale.

M. Vulpian, qui a si magistralement développé ces conclusions, confirmées par l'expérimentation physiologique, en a tiré des déductions d'une importance extrême pour la pathologie et l'hygiène. Elles rendent compte de l'apparente contradiction que nous avons signalée plus haut.

Les autres causes invoquées pour expliquer l'abaissement de la température sous l'influence de l'alcool, sont hypothétiques ou secondaires, en dehors toutefois de l'action que peut exercer l'appareil vaso-moteur sur les poumons.

Si l'on met à nu la moelle épinière et les nerfs chez un animal en état d'ivresse et que l'on pique ou broie le tissu nerveux, nous voyons que l'alcool abolit la motricité et la sensibilité des nerfs, les propriétés excito-motrices de la moelle, à partir de la queue de cheval pour aboutir à la moelle allongée. Cet état persiste, tant que les effets de l'alcool ne sont pas dissipés. Plus tard, les observations de Bergeret, Lancereaux, Racle, Marty, Baër ont mis en évidence la succession des troubles nerveux, l'alcool agissant primitivement sur le cerveau, sur le siége de la coordination des mouvements, le cervelet ensuite; puis sur la moelle épinière, enfin sur la moelle allongée en dernier lieu. L'auteur a mis largement les données anatomiques à contribution pour expliquer les troubles physiologiques, pour montrer la constance du processus morbide et l'*unité* de nature des altérations pathologiques.

C'est l'alcoolisme chronique qui fournit le plus grand nombre de cas de pachyméningite spontanée. Son siége de prédilection serait au niveau du bregma. Elle paraît résulter de la congestion prolongée et de la dilatation des artères, d'après des expériences de Kremiansky (*Virch. Arch.* 1868), dans lesquelles elle a été provoquée artificiellement sur des

chiens alcoolisés. Ces expériences ont été répétées et confirmées par A. Neumann.

Ce point de pathologie alcoolique est bien traité par l'auteur; j'en dirai tout autant en ce qui concerne le tissu cérébral, les vaisseaux et les méninges en général. Les altérations qui intéressent surtout le cervelet, la moelle, sont décrites à propos des autopsies qu'il rapporte, et ainsi disséminées. Un tableau d'ensemble était nécessaire. L'état actuel de la science fournit déjà de nombreux traits : nature des altérations, partie du tissu qu'elles affectent déchéance des éléments vasculaires, cellulaires, néo-formations, transformations régressives; en un mot toutes les lésions pathologiques que traduisent les symptômes physiologiques ou psychiques, depuis le delirium tremens au premier degré, jusqu'à la périencéphalite diffuse atrophique ou le degré ultime de la paralysie générale, permettaient d'essayer ce tableau. Les récentes études de Charcot sur les lésions de nature irritative des cellules nerveuses, qui s'atrophient et disparaissent au dernier terme du processus, siégeant à différents niveaux de la moelle, envahissant, dans le bulbe, les pyramides antérieures; les recherches du même savant sur la sclérose, son mode de propagation, son siége dans les cordons postérieurs, comme on la rencontre dans l'ataxie, la paralysie générale, l'alcoolisme chronique, constituent encore des éléments scientifiques de tout premier ordre, des matériaux à pied d'œuvre.

En traitant des troubles fonctionnels de l'œil, au chapitre de l'alcoolisme chronique, l'auteur signale une perversion dans la faculté chromatique. Ce syndrome me paraît appartenir tout autant, si pas davantage, à la glycosurie et à la paralysie générale. Cette dernière a sa descrip-

tion au chapitre de l'alcoolisme psychique. Elle peut devoir son origine à l'intoxication alcoolique, ou bien cette dernière se produit pendant l'état paralytique. Ces différences sont bien accusées; mais il ne me paraît pas que l'auteur ait suffisamment insisté sur les caractères qui les séparent, lorsque les phénomènes du début de l'affection sont déjà éloignés.

A cette époque, croyons-nous, il est encore souvent possible de constater que, dans la paralysie générale de source extra-alcoolique, les hallucinations sont rares, la sensibilité est moins modifiée, l'intelligence moins obtuse; les conceptions délirantes sont ambitieuses; pas de delirium tremens; enfin, chez les ivrognes, la paralysie prédomine aux extrémités inférieures et supérieures, avec anesthésie, douleurs, crampes.

Des circonstances de haute gravité, que l'auteur ne paraît pas soupçonner, ont pu se présenter et se sont présentées, qui réclamaient la recherche des moindres signes différentiels.

Parmi les manifestations psychiques de l'intoxication alcoolique, l'auteur ne traite pas spécialement de la *lypémanie*, dont le symptôme, dans l'espèce, est l'*hallucination* à caractère pathognomonique : chez les lypémaniaques ivrognes, pendant l'hallucination, la crainte d'être poursuivis; en dehors, les idées de tristesse et de fatalité les poussant, engendrent la manie suicide, homicide ou incendiaire.

La lypémanie alcoolique diffère de la paralysie générale des aliénés par des accès de delirium tremens, par le sommeil agité, l'anesthésie des extrémités des membres, le tremblement des mains, par des fourmillements, des crampes, des hallucinations de tous les sens, par l'embarras de la

parole dû au tremblement de la langue, au tressaillement des muscles de la face, par une céphalalgie générale.

Ces caratères valaient bien, ce nous semble, une mention.

L'auteur, qui a signalé avec soin les altérations qu'éprouve le tégument cutané dans l'alcoolisme, a omis un signe important au point de vue médico-légal. On voit souvent, chez les ivrognes qui ont succombé à la suite d'un accès d'ivresse ou de delirium, apparaître sur la peau, peu après la mort, des suggillations violacées, parfois verdâtres, linéairement disposées. Toutes choses égales, la putréfaction dans ces cas paraît toujours plus rapide.

Un dernier mot : Dans une observation détaillée de delirium tremens, suivi de mort, rapportée page 117 du manuscrit, je relève les degrés de température suivants : 39 — 39,6 — 39,8 — 48,4 (?) — 40,4 — 40,6 — 39,6 — mort.

On a bien pu voir la température s'élever à 43°, 44° C, dans la dernière période des maladies zymotiques; exceptionnellement à 45° dans la fièvre jaune; enfin, Wunderlich a signalé 44°,75 comme la plus haute température observée dans le tétanos, expression hyperpyrétique, préagonique ultime. Nous croyons que le chiffre de 48°, 4, indiqué par l'auteur du mémoire, est le résultat d'une erreur.

Le plan du mémoire n° 3, très méthodiquement tracé, a été strictement suivi. Point de hors-d'œuvre. Le travail est empreint d'un caractère d'unité que marque la concordance des conclusions déduites des faits pathologiques avec des prémisses résultant de l'observation physiologique. Sans doute les faits cliniques ne sont pas tous également probants, ni leur interprétation d'une rigueur scientifique absolue. Mais la pensée dominante qui a guidé l'auteur, et qui se dégage à nos yeux des tableaux qu'il a rassemblés,

nous paraît conforme à la réalité des faits, à savoir : que les altérations pathologiques, les manifestations symptomatiques qui traduisent l'alcoolisme portent toutes une empreinte originelle commune, caractéristique et offrent un enchaînement rigoureux; qu'il s'agisse du tissu du foie ou de la substance des centres nerveux, les altérations anatomiques sont de même nature. L'auteur n'a pas procédé *à priori*, toujours les enseignements sont déduits des faits rapportés. Il a pris son bien un peu partout, se composant ainsi un héritage respectable.

On n'est digne d'hériter qu'à la condition de faire un bon usage des biens dont on hérite; aussi ne reprocherons-nous pas à l'auteur les nombreux emprunts qu'il a faits aux observateurs les plus autorisés dans la science. A défaut d'investigations personnelles, mais étant au courant de ce qui a été écrit sur la matière tant en Belgique qu'à l'étranger, il fait preuve d'un bon jugement et d'un esprit de saine critique. Toutefois son œuvre laisse à désirer au point de vue de la concision. Nombre de raisonnements, d'observations sont fastidieusement rapportés; l'œuvre aurait gagné à les écourter; pour d'autres, depuis longtemps classiques, une simple mention aurait suffi. Ajoutons à cela les oublis que nous avons signalés. Enfin les rapports entre les actes psychiques et la responsabilité de l'ivrogne, les limites qui séparent l'ivresse de la folie, tout ce côté de la question auquel l'Académie attachait la plus grande importance, comme application des recherches faites, n'a pas été abordé.

Cette lacune nous la regrettons. Elle enlève à l'auteur une partie de la récompense à laquelle il aurait eu des droits réels. Quoi qu'il en soit, dans les limites où elle est

écrite, l'œuvre n'en constitue pas moins une excellente monographie dont l'auteur mérite tous les encouragements de l'Académie.

Avant d'aborder la discussion du mémoire n° 1 : « l'*alcoolisme tue plus de monde, etc...*, » rappelons ces paroles de l'auteur : une étude approfondie des diverses formes de l'alcoolisme et de leurs manifestations spéciales nous semble hors du programme. »

Donc point d'analyse des symptômes dans leur origine et leur nature; point d'examen des lésions pathologiques des organes et des tissus; point de comparaison entre les maladies qui siégent aussi aux endroits qu'affectent de préférence les altérations dues à l'alcoolisme ou qui se traduisent par des perturbations psycho-physiologiques, analogues dans la forme, mais différentes par leur essence.

L'auteur n'a pas considéré l'intoxication alcoolique dans ses périodes aiguë, sub-aiguë et chronique; il l'envisage dans ses effets immédiats et secondaires, pour passer ensuite à l'étude de la forme chronique. Cette façon de procéder a jeté parfois de la confusion entre les manifestations aiguës et chroniques. Ainsi, page 99 du manuscrit, les altérations fonctionnelles ou physiques des appareils de la vue, de l'ouïe, la difficulté de l'accommodation, l'amblyopie ou la dyschromatopsie, l'hyperesthésie de l'ouïe, bourdonnements, sifflements d'oreilles, semblent appartenir à la période aiguë. Ailleurs, p. 49, il écrit : « la péricardite » et l'endocardite sont, le plus souvent, des accidents » *immédiats de l'alcoolisme aigu.* » Cette même assertion est reproduite à la page 103. Or, l'endocardite, si même, ce qui est très contestable, on la peut faire figurer dans la pathologie de l'alcoolisme, s'y rencontre exceptionnellement.

Quant à la péricardite adhésive, elle accompagne souvent la myocardite et les dépôts adipeux à la base et à droite, le long de l'artère coronaire du cœur; mais elle n'existe que dans la période chronique de l'alcoolisme.

Ces réserves faites, il y a lieu de reconnaître que les effets de l'alcoolisme chronique sur l'individu sont présentés dans un tableau saisissant. Nous aurions bien à relever quelques assertions qui nous ont paru un peu hasardées. Nous nous bornons à un seul point.

« La peau, dit l'auteur, devient le siége d'une foule » d'éruptions, parmi lesquelles nous citerons l'impetigo, » l'eczéma, le psoriasis et *la pellagre* (?) »

Nous avons toujours cru que la pellagre n'avait avec les manifestations de l'alcoolisme que des analogies très éloignées : d'être une maladie résultant d'une intoxication, dans laquelle on a souvent observé des spasmes, des crampes aux mollets, des douleurs cuisantes aux extrémités, de la paralysie et de l'érythème. Bien que l'auteur ne vise, dans l'exemple qu'il rapporte, que l'érythème pellagriforme, je ne puis supposer qu'en dépit des assertions des promoteurs de la pellagre sans maïs, ce seul signe ait servi de base à son diagnostic. Et faut-il bien l'avouer, ce serait peut-être un fait unique dans les annales de la science, que le rapport de cause à effet entre l'intoxication alcoolique et la pellagre.

Dans les pays à consommation d'esprit de vin, la pellagre est une maladie à peu près inconnue, et dans les contrées où celle-ci est endémique, l'esprit de vin n'entre pas dans le régime. Nul ne niera que la pellagre et l'alcoolisme, ne puissent coexister chez un même sujet; on conçoit l'exacerbation des symptômes de la maladie de maïs sous l'influence

d'excès alcooliques, l'amendement résultant de la suppression de ceux-ci et d'une amélioration dans le régime. Mais, à voir céder si rapidement, à l'aide de ces seuls moyens, une affection telle que la pellagre, n'est-il pas permis d'exprimer des doutes sur l'exactitude du diagnostic?

C'est une question encore controversée que celle de l'influence de l'alcool sur la production de la phtisie. Nous partageons la manière de voir de l'auteur lorsqu'il dit : « il est hors de doute que l'alcool ne tarde pas à agir comme cause déterminante par les désordres qu'il entraîne dans l'économie, par suite de l'appauvrissement du sang, du défaut d'assimilation et de calorification. Mais nous allons plus loin : comme notre regretté confrère et ami, le dr Krans, de Liége, nous avons vu chez des alcoolisés, exempts de prédisposition héréditaire, la tuberculose se révéler subitement sous l'influence d'une cause occasionnelle en apparence insignifiante, prendre une allure accélérée et terminer son évolution fatale en quatre, cinq et sept mois. Dans les cas de l'espèce, cette marche est généralement fort rapide, galopante; les excavations sont peu nombreuses, rares, très petites. Sans doute, on retrouve ailleurs que chez des alcoolisés des phtisies de cette sorte, mais le diagnostic étiologique s'établit sur les antécédents du malade et les caractères de l'affection. Tourdes a rapporté de nombreuses observations de tuberculose granuleuse chez les alcoolisés et dont la durée n'a jamais dépassé six mois. Récemment, 28 janvier 1877, entre à la Charité un homme de 49 ans, commissionnaire de son état, *exempt de tout antécédent héréditaire*. C'est un buveur qui a la pituite tous les matins, la figure bourgeonnée et qui tremble des mains. Il est atteint d'un point de côté intense sous le mamelon droit.

Il sort à peu près guéri le 7 mars. Le 5 avril, il prend froid; le 13, il entre dans le service de M. Vulpian. La percussion ne donne qu'un peu de submatité en bas et à droite; en avant et en arrière, à gauche, quelques râles sibilants et diminution du murmure vésiculaire; en outre, quelques râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon; à droite, en bas, quelques frottements légers. Crachats blancs, muqueux, aérés, peu abondants; artères légèrement athéromateuses. Le 15 avril, les râles se multiplient sibilants et ronflants dans toute l'étendue des deux poumons; râles sous-crépitants assez abondants en haut du thorax, surtout sous les clavicules. Crachats muqueux. T. A. 38°,7. La dyspnée augmente bientôt et l'état du sujet ne laisse pas de doute sur l'existence d'une tuberculisation granuleuse généralisée prenant le masque d'une bronchite capillaire asphyxique. Le malade meurt très amaigri, dans un état d'asphyxie, le 24 avril, c'est-à-dire le onzième jour après sa rentrée à l'hôpital et trois mois après avoir subi son atteinte de pleurésie. A l'autopsie, on trouve les surfaces et l'intérieur des deux poumons farcis de granulations miliaires, la plupart transparentes, très peu sont grisâtres ou opaques; le tissu du poumon gauche crie sous la coupe; pas de produits caséeux. Le poumon droit, un peu ratatiné, est rempli de granulations miliaires; un petit épanchement de sérosité dans la cavité pleurale. Les deux feuillets de la plèvre droite sont envahis par des granulations. Sur la face antérieure du ventricule droit, une plaque laiteuse (graisse) de trois ou quatre centimètres de diamètre; hyperplasie conjonctive du foie dont le tissu est parsemé de granulations tuberculeuses; athérome du tronc basilaire, des sylviennes, etc.

M. Vulpian a observé un certain nombre de cas de ce

genre, lesquels sont loin d'être rares. Il a vu plusieurs fois des alcoolisés, offrant des lésions peu accusées de tuberculose pulmonaire, être pris brusquement de méningite tuberculeuse cérébro-spinale rapidement mortelle. Il a paru toutefois à l'éminent clinicien (*V. Clinique de l'hôpital de la Charité*, année 1879) que, chez quelques tuberculeux, l'évolution des produits pathologiques était comme enrayée par l'usage habituel et un peu excessif des boissons alcooliques; tandis que parfois, la suppression brusque de ces boissons était suivie de l'apparition des symptômes de la phthisie pulmonaire aiguë.

C'est dans des cas de l'espèce que la potion de Todd rend des services signalés.

L'auteur du mémoire ne semble pas très partisan du traitement par l'alcool. Il y voit un danger, en ce sens que plusieurs personnes, et tout spécialement les femmes, sont parties de là pour se livrer à l'ivrognerie. Or, il ne faut pas, dit-il, que ce soit le médecin qui crée l'alcoolisme en faisant naître le penchant pour l'eau-de-vie.

A ce propos, notre collègue M. Barella, nous faisait remarquer une tendance très prononcée chez certaines jeunes filles chloro-anémiques pour les liqueurs fortes, genièvre, eau-de-vie, tendance analogue à celle qui pousse quelques autres à manger des grains de café torréfiés ou non, de la craie, etc.

Dans ces cas, il s'agit d'impulsions à refréner.

L'alcool administré comme médicament, non dans de l'eau édulcorée, mais dans une potion, contre un état pathologique déterminé, est-il capable de laisser après guérison, le goût des boissons, de l'éveiller même chez des sujets issus de parents adonnés aux liqueurs? Pour nous,

nous n'hésitons pas à l'employer dans les pyrexies ataxo-adynamiques graves, dans les exacerbations fébriles de la tuberculose pulmonaire, dans les pneumonies avec délire, sans considération de sexe ni d'âge, chaque fois que la température intérieure menace, par une combustion rapide des tissus ou la dépression des forces, de mettre l'économie en dessous des conditions favorables au travail qu'elle doit réaliser. Et cependant jamais nous n'avons observé, après une telle médication, que des tendances ébrieuses se soient manifestées. On ne peut méconnaître que l'élévation de la température intérieure, pendant les états fébriles, ne soit la marque d'une suractivité des métamorphoses désassimilatrices des matériaux constitutifs des tissus. L'eau-de-vie ordinaire administrée de deux en deux heures, aux doses de 50 à 500 grammes par jour suivant les âges, réussit souvent à faire tomber le délire, à abaisser le pouls, à régulariser la respiration, à provoquer de la moiteur à la peau, enfin à relever les forces de l'économie.

Dans les cas encore de délire méningitique dont l'auteur nous donne une description si animée, nous n'hésiterions pas à recourir à l'alcool.

Il n'y a pas lieu de conclure des effets de l'alcool dans l'état physiologique à son action dans l'état pathologique.

Envisageant les ravages causés par la maladie alcoolique, l'auteur rapporte la statistique de mortalité suivante, relative à l'alcoolisme :

États-Unis 37000 — Angleterre 50000 — Allemagne 40000 — Russie 15000 — *Belgique* 4000 — *France* 1500. Nous ne savons où l'auteur a puisé ses chiffres. Il résulterait de ceux-ci que, s'il y a en Belgique 1 décès dû à l'alcool sur 29 décès généraux, on n'en compte en France que 1 sur 587; qu'en

Belgique l'alcoolisme enlèverait un habitant sur 1375, et en France 1 sur 24600 seulement!

Il faut avouer que, dans ces conditions, nos voisins du Midi sont mal venus à se plaindre des ravages de l'alcoolisme chez eux.

O fortunatos nimium, bona sua si norint agricolas!

Nous ne sommes pas aussi heureux en Belgique. Notre honorable collègue, M. le dr Desguin, secrétaire du cercle d'Anvers de la Société de médecine publique, relevant avec un soin tout particulier les cas où l'alcoolisme a été considéré comme cause prochaine ou éloignée des décès, signale pour le seul trimestre juillet-septembre 1879 (*Bulletin de la Société*, juillet 1881), 20 cas de décès de l'espèce sur 431 décès généraux. Si les autres cercles fournissaient un contingent proportionnel, ce n'est point au taux de 4000 qu'il faudrait porter le chiffre de la mortalité annuelle due à l'alcoolisme, mais à plus de 10000 individus.

L'auteur a traité avec talent des effets de l'alcoolisme des parents sur les enfants. Notons surtout le chapitre relatif à l'influence du lait et plusieurs observations personnelles très intéressantes d'hérédité physique et morale.

Quant à l'analyse des phénomènes qui conduisent les alcoolisés à certaines formes psycho-pathologiques; quant au diagnostic, aux caractères spécifiques des troubles mentaux, aux limites qui séparent l'alcoolisé responsable de l'aliéné irresponsable, ce sont là des questions dont on trouve à peine une trace dans le mémoire.

VI.

On se convaincra aisément, en mettant en regard de la dis-

cussion à laquelle nous venons de nous livrer, l'analyse que nous avons donnée du mémoire n° 1, que ce dernier ne répond pas en bien des points à la question posée par l'Académie. Ce mémoire toutefois, écrit dans un style clair et précis, émanant d'un praticien instruit, contient des parties remarquables sur lesquelles nous avons attiré l'attention de l'Académie.

CONCLUSIONS.

De l'examen auquel elle s'est livrée, la commission conclut, à l'unanimité :

Qu'aucun des concurrents n'a mérité le prix ;

Qu'il y a lieu toutefois de tenir compte du mérite que présentent, à des points de vue différents, les mémoires n^{os} 1 et 3.

Elle propose, en conséquence d'accorder, à titre de récompense, une médaille de 300 francs à l'auteur du travail dont la devise est : « *Si desint vires tamen est laudanda voluntas* ».

Et, par deux voix contre une, de décerner une médaille d'égale valeur au concurrent dont le mémoire porte pour épigraphe ces mots :

« *L'ivrognerie tue plus de monde que la fièvre, etc...* »

Elle propose en outre d'imprimer les deux travaux dans le recueil des mémoires in-8°.

Considérant ensuite qu'un des côtés capitaux de la grave question du concours n'a nullement été élucidé, la commission propose à l'Académie de faire un nouvel appel aux concurrents, en formulant la question dans les termes suivants :

« Déterminer, en utilisant les données de l'anatomo-
» pathologie et les meilleurs documents fournis par les
» expertises médico-légales, la limite qui sépare l'ivresse
» de la folie, ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans
» les actes dont il est l'auteur. »

— Après une discussion à laquelle prennent part MM. Decaisne, Crocq, Martin, Kuborn, Willième, Barella, Lefebvre et Warlomont, l'Académie adopte l'amendement suivant, présenté par ce dernier membre :

« Les deux mémoires du concours, signalés par la commission comme dignes d'une récompense, ont une valeur réelle; mais ils négligent une partie importante de la question.

» Il n'y a donc pas lieu de leur décerner ni le prix, ni des récompenses, mais bien de maintenir la question au concours en la précisant davantage.

2. L'Académie discute ensuite, conformément à l'article 22 du règlement, les rapports qui lui ont été communiqués dans le comité secret du 25 juin dernier, par les 1re, 2e, 3e, 4e et 5e sections, rapports ayant pour objet la présentation de candidats afin de pourvoir aux siéges vacants.

— La séance est levée à 2 heures trois quarts.

STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE & MÉDICALE

DE

L'AGGLOMÉRATION BRUXELLOISE

ET

TABLEAUX NOSOLOGIQUES DES DÉCÈS

DE LA VILLE DE BRUXELLES

PAR

M. le docteur E. JANSSENS,
Inspecteur en chef du service de santé,
Membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique,
et de la commission centrale de statistique, etc.

—

ANNÉE 1880

Relevé quotidien des mariages, des naissan

MOIS.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Mariages.	Janvier	—	—	4	—	3	—	8	—	—	9	—	7	—
	Février	—	12	2	11	5	—	27	—	12	—	2	2	—
	Mars	8	1	7	—	—	11	—	5	—	2	—	—	6
	Avril	1	—	21	—	16	3	9	4	—	16	—	12	—
	Mai	11	—	6	1	12	—	—	20	—	8	1	7	—
	Juin	1	8	—	—	16	—	9	—	9	—	—	17	—
	Juillet	1	—	13	—	10	—	7	2	—	14	—	3	2
	Août	—	10	1	7	—	—	6	—	12	1	8	1	—
	Septembre	3	2	—	14	—	6	1	4	—	—	10	—	7
	Octobre	—	11	—	10	1	3	—	—	10	—	13	1	3
	Novembre	—	—	8	—	—	14	—	13	1	7	—	—	11
	Décembre	6	2	—	19	—	12	2	6	2	—	21	—	12
Naissances.	Janvier	**29**	14	20	7	11	14	20	17	13	11	14	16	16
	Février	8	14	14	18	10	15	13	17	13	11	14	20	10
	Mars	22	12	18	15	18	12	14	21	17	11	16	12	12
	Avril	18	21	16	16	15	18	7	7	17	10	19	22	16
	Mai	16	13	20	19	15	22	16	10	20	19	20	14	16
	Juin	18	17	17	11	13	21	19	14	17	21	18	15	17
	Juillet	16	13	18	18	16	13	14	14	16	14	20	17	7
	Août	9	4	14	13	10	12	22	7	15	13	16	13	19
	Septembre	11	9	13	15	15	14	13	20	14	11	12	19	12
	Octobre	9	14	18	24	10	15	13	17	11	22	21	18	16
	Novembre	21	10	10	18	8	15	17	19	12	19	13	20	10
	Décembre	18	16	10	11	11	17	**6**	13	11	14	12	23	18
Mort-nés.	Janvier	2	1	2	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—
	Février	—	2	1	—	—	—	2	4	1	1	1	2	2
	Mars	2	1	—	—	1	—	1	1	1	2	1	3	1
	Avril	—	2	1	1	2	—	—	1	1	1	—	1	1
	Mai	2	1	1	3	—	—	2	1	1	1	—	1	1
	Juin	1	1	—	—	—	—	1	—	1	2	—	1	—
	Juillet	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—
	Août	2	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	1	2
	Septembre	—	1	2	1	2	1	—	1	1	—	1	2	1
	Octobre	—	4	1	—	—	2	1	—	2	—	—	2	2
	Novembre	3	4	—	—	1	3	—	3	2	1	—	2	—
	Décembre	1	—	1	1	—	3	1	—	1	—	4	—	2
Décès (étrangers compris)	Janvier	**27**	13	15	12	17	13	13	19	13	9	10	18	18
	Février	22	12	13	22	20	13	19	17	14	24	13	15	17
	Mars	13	12	13	13	19	13	13	11	13	18	7	11	11
	Avril	18	24	18	23	12	14	15	18	12	12	15	15	9
	Mai	15	14	10	17	14	12	18	13	15	12	11	13	13
	Juin	10	10	13	10	16	9	22	26	6	12	8	16	11
	Juillet	7	9	16	10	11	13	6	13	9	14	11	9	14
	Août	16	13	21	8	18	18	13	11	11	16	18	24	14
	Septembre	14	8	17	18	15	13	17	17	14	10	19	12	15
	Octobre	18	12	13	9	15	13	11	12	10	13	10	11	13
	Novembre	14	20	20	19	19	19	8	12	23	19	14	19	8
	Décembre	12	14	17	8	16	16	13	9	9	12	14	12	21

B. N. Les nombres reproduits en caractères gras indiquent les maxima et les minima des naissances et des

s mort-nés et des décès constatés à Bruxelles.

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Moyennes quotidiennes.
—	8	—	2	4	6	—	—	18	—	10	2	8	2	—	5	5.2
14	—	4	1	—	10	—	2	—	8	—	—	10	—	—	—	4.7
—	3	—	—	11	—	5	—	3	—	—	1	—	26	—	14	3.5
—	4	—	7	1	8	2	—	13	—	7	2	11	4	—	—	5.1
—	17	—	5	1	—	14	—	12	5	7	—	—	25	—	9	5.7
2	1	—	15	—	11	4	2	—	—	15	—	8	—	9	—	4.6
—	16	—	20	—	—	7	—	8	—	13	1	5	2	—	18	4.8
—	—	—	—	—	15	—	13	2	7	1	—	14	—	8	—	4.1
3	—	13	—	8	1	12	—	—	10	—	13	—	8	2	—	4.2
21	—	8	1	5	1	—	12	—	10	2	9	—	—	16	—	4 6
1	8	—	—	22	—	7	—	7	2	—	12	—	8	—	—	4.5
3	—	17	—	11	—	12	1	—	—	—	16	1	17	4	—	5.6
9	17	17	11	17	20	20	13	17	17	17	14	19	12	15	24	15.6
21	26	18	13	16	22	17	19	18	10	15	17	15	19	—	—	15.7
18	13	13	18	14	19	14	19	20	16	16	14	16	21	17	20	16.3
12	17	20	10	13	10	12	13	13	19	15	16	7	14	20	—	14.9
16	23	17	22	17	10	12	12	12	13	17	12	19	19	13	16	16.1
22	14	14	17	18	17	14	11	14	16	16	24	11	10	13	—	16.2
17	12	15	21	14	16	17	19	13	19	14	17	22	20	15	15	15.8
19	17	8	19	15	14	20	12	20	12	19	10	17	15	13	9	14.2
15	10	12	8	14	24	16	7	19	14	11	14	18	10	18	—	13.8
9	12	14	17	9	16	10	12	13	14	21	14	13	13	18	19	14.8
19	13	14	9	22	11	22	15	20	21	25	10	8	18	16	—	15 5
19	16	10	16	13	17	17	18	20	28	15	10	13	15	18	17	15.1
—	—	1	1	—	—	1	1	—	2	—	1	1	4	1	2	0.9
—	1	1	1	1	—	2	2	3	—	—	—	—	—	—	—	1.
—	3	4	—	2	1	2	3	—	1	1	—	1	1	1	1	1.2
3	2	1	3	1	—	1	2	—	—	1	—	3	2	1	—	1.1
—	—	—	1	—	1	—	2	2	1	—	3	1	4	2	—	1.1
1	1	—	—	2	2	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—	0.6
1	2	—	1	—	—	1	—	—	1	—	4	2	1	1	3	0.8
—	1	—	1	1	1	—	—	—	1	1	3	1	2	2	2	0 8
1	2	1	2	1	1	2	1	—	1	1	—	2	1	—	—	1.
—	—	1	—	2	2	—	1	1	—	—	1	1	1	—	2	0.9
1	—	1	2	—	—	2	2	—	—	—	1	2	3	2	—	1.2
1	1	1	2	4	1	3	1	3	—	—	1	1	1	—	—	1.1
14	19	8	11	17	9	12	15	14	12	22	11	17	15	17	17	14.7
16	14	18	18	20	11	19	8	9	18	18	13	17	18	—	—	16 2
14	17	14	17	14	9	25	21	19	15	14	12	18	14	11	18	14 3
14	7	13	5	15	15	15	18	11	13	11	16	27	12	9	—	14.7
5	15	8	9	11	10	16	14	23	8	13	11	13	15	10	12	13.2
15	7	13	12	12	12	12	9	11	11	15	14	7	15	13	—	12.1
8	5	8	10	16	13	12	12	10	19	12	15	11	18	19	8	11.7
16	13	15	15	14	18	18	12	16	14	12	9	11	21	9	23	15.3
9	10	16	14	12	17	14	12	13	14	12	16	11	13	12	—	13.8
10	14	8	15	10	7	14	10	15	18	12	14	13	15	11	12	12.5
6	7	6	16	13	19	8	13	13	8	9	18	12	7	15	—	13.7
13	5	12	16	15	16	7	16	14	12	10	12	8	11	15	15	12.7

Statistique démographique mensuelle de la ville de Bruxelles.

MOIS.	NAISSANCES							Jumeaux compris dans les naissances.				Déclarés sans vie.		DÉCÈS		Légitimations.	Mariages.	Divorces.
	Légitimes.		Illégitimes.		TOTAL			Légit.		Illégit.								
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	Général.	M.	F.	M.	F.	Avortons.	Mort-nés.	Résidents.	Généraux.			
Janvier	179	162	69	75	248	237	485	10	5	—	1	10	29	373	457	30	100	5
Février	180	158	58	59	238	217	455	3	6	1	—	7	29	397	471	50	136	6
Mars	202	168	61	73	263	241	504	10	5	1	—	10	37	365	442	48	110	8
Avril	159	162	73	53	232	215	447	2	2	--	—	8	32	372	440	36	152	2
Mai	163	188	67	81	230	269	499	3	7	—	—	15	33	325	408	61	177	2
Juin	169	188	71	57	240	245	485	2	2	—	—	10	19	297	361	49	139	1
Juillet	177	172	68	74	245	246	491	8	5	--	1	7	24	298	365	35	150	11
Août	158	164	57	61	215	225	440	4	8	--	—	13	26	397	474	33	126	12
Septembre . . .	155	159	46	53	201	212	413	2	4	2	--	12	29	347	413	41	125	6
Octobre	167	159	58	74	225	233	458	3	2	1	—	5	29	316	389	39	142	2
Novembre . . .	148	179	65	74	213	253	466	7	8	1	—	11	36	345	412	41	154	7
Décembre . . .	157	169	68	74	225	243	468	3	1	—	—	8	35	317	391	34	175	5
Total . . .	2014	2028	761	808	2775	2836	5611	57	55	6	2	116	358	4147	5027	517	1666	65

Résumé annuel des mouvements de la population de la ville de Bruxelles.

Au 31 decembre 1880, la population de fait s'élevait, d'après les relevés du recensement, à 165,366 habitants (78,606 masc. et 86,760 fém.).

Pendant l'année, il a été déclaré au bureau de l'état-civil 5611 naissances, qui se répartissent comme suit, au point de vue du sexe, de l'état-civil, du domicile des parents et de la condition sociale de ceux-ci.

Masculins : légitimes	2014	illégitimes	761	Total	2775
Féminins : id.	2028	id.	808		2836
Total. .	4042		1569		5611

Dans ce nombre sont comprises 120 naissances gémellaires (63 masc., 57 fém.), dont 112 légitimes et 8 illégitimes.

Parmi les naissances illégitimes figurent 427 enfants issus de mère étrangère à la ville.

Lieu de naissance : 1re division, 945; 2e division, 1483; 3e division, 2145; 4e division, 667; 5e division, 293; 6e division, 80.

Naissances par condition sociale : parents riches, 47; aisés, 530; pauvres et indigents, 5034.

L'officier de l'état civil a célébré 1666 mariages et prononcé 65 divorces.

Nombre des décès par sexe . . . . . { 2722 m. / 2305 f. } 5027

Nombre des mort-nés (non compris dans le chiffre des décès) . . . { 200 m. / 158 f. } 358

Domicile des décédés : 1re division, 821; 2e division, 1241; 3e division, 1269; 4e division, 584; 5e division, 202; 6e division, 30; non résidents, 880.

Diminution des décès comparativement à la moyenne décennale de 1870-79 . 574

Excédant du chiffre des naissances sur celui des décès 584

Moyenne quotidienne des naissances, 15.4; des mariages, 4.6; des décès. 13.8; des mort-nés, 1.

Décès à domicile : 5229

Décès dans les hôpitaux : { habitants de Bruxelles . . . . . 918 / non résidents 880

Décès par état-civil : enfants et célibataires, 2861; mariés, 1189; veufs et veuves, 977.

Décès par condition sociale : riches, 100; aisés, 781; pauvres et indigents, 4143.

Nombre absolu des décès fournis par la population stable de Bruxelles . . 4147

Moyenne par jour, » » » . . 11.4

Taux annuel de mortalité sur 1,000 habitants, » . . 25.1

Statistique démographique annuelle de l'agglomération bruxelloise.

LOCALITÉS.	POPULATION recensée au 31 décembre 1880.	SUPERFICIE.			NOMBRE DES NAISSANCES		NOMBRE DES MORT-NÉS		NOMBRE DES DÉCÈS		NOMBRE DES LÉGITIMATIONS.	NOMBRE DES MARIAGES.	NOMBRE DES DIVORCES.	TAUX annuels sur 1,000 habit.		MALADIES infectieuses.	
					Légitimes.	Illégitimes.	Légitimes.	Illégitimes.	A domicile.	Dans les hôpitaux.				natalité.	mortal.	Nombre des décès.	Mortalité sur 1000 habit.
		H.	A.	C.													
Bruxelles	165.366	896	71	50	4042	1569	229	129	3229	918	517	1066	65	33.9	25.1	193	1.2
Communes-faubourgs de l'agglomération bruxelloise. Anderlecht. . . .	22.803	1784	»	»	805	110	38	10	505	61	54	171	3	40.1	24.8	16	0.7
Etterbeek	12.007	510	»	»	400	49	22	11	243	25	25	94	1	37.4	22.3	8	0.7
Ixelles	36.449	708	»	»	921	147	32	4	634	73	80	330	10	29.3	19.4	20	0.5
Laeken	18.315	854	82	14	647	87	42	10	478	46	61	151	—	40 1	28 6	47	2.6
Molenbeek-St-Jean.	41.757	656	»	»	1303	264	67	20	878	145	117	349	7	37.5	24.5	59	1.4
Schaerbeek . . .	40.953	876	27	72	1100	165	57	17	779	107	84	345	5	30.9	21.6	50	1.2
Saint-Gilles . . .	33.358	252	16	29	936	195	56	20	655	79	77	241	8	33.9	22.0	44	1.3
St-Josse-ten-Noode.	28.052	110	12	53	600	152	19	9	505	85	72	257	9	26.8	21.0	21	0.7
Total. . .	399.040	6418	10	18	10754	2738	562	230	7906	1539	1085	3574	108	33.8	23 7	458	1.1

Statistique démographique mensuelle des huit communes suburbaines de l'agglomération bruxelloise.

MOIS.	NAISSANCES							Jumeaux compris dans les naissances.				Mort-nés.	DÉCÈS.	Mariages.	Divorces.
	Légitimes.		Illégitimes.		TOTAL			Légitimes.		Illégitimes.					
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	général.	M.	F.	M.	F.				
Janvier	286	282	58	60	344	342	686	6	4	2	2	35	493	115	4
Février	259	279	48	42	307	321	628	6	6	—	1	42	451	139	2
Mars	305	314	58	57	361	371	732	6	6	—	1	39	457	118	5
Avril	305	301	53	43	358	344	702	4	6	—	1	34	431	192	2
Mai.	282	271	41	35	323	306	629	6	6	2	—	39	439	197	2
Juin	291	272	47	51	338	323	661	1	6	—	—	40	414	159	3
Juillet.	299	265	38	50	337	315	652	3	5	—	—	31	416	152	2
Août	2 3	271	63	38	326	309	635	7	10	—	—	32	509	145	3
Septembre . . .	257	275	51	47	308	322	630	5	9	1	—	30	477	165	1
Octobre	256	261	48	53	304	314	618	6	2	1	1	34	443	192	3
Novembre . . .	286	267	38	42	324	309	633	2	1	2	2	31	391	175	5
Décembre . . .	295	272	37	31	332	323	675	6	4	3	2	47	397	179	9
Total. . .	3382	3350	600	569	3982	3899	7881	58	65	11	10	434	5298	1908	43

Résumé des bulletins hebdomadaires de statistique météorologiqu

Numéros d'ordre de la semaine.	Dates des semaines.		Pression barométrique.	Température.			Évaporation.	Eau tombée.	Vents dominants.
	Jours.	Mois.		Moyenne.	Maximum.	Minimum.			
			mm	°	°	°		mm	
1	1-3	Janvier.	762 74	6.7	10.0	1.8	0.458	20.4	SW.
2	4-10	Id.	770.11	1.0	5.2	-2.8	?	—	E.SE.
3	11-17	Id.	764.63	0.1	5.5	-5.0	?	2.9	S.SW.
4	18-24	Id.	766.49	-1.7	4.6	-14.5	?	3.8	W.N.N.E.
5	25-31	Id.	769.36	-2.3	15.4	-8.5	?	—	S.
6	1-7	Février.	762.82	5.0	13.3	-3.2	0.790	—	SW.
7	8-14	Id.	754.95	5.5	12.1	-0.4	0.793	11.9	S.S.E.
8	15.21	Id.	747.87	9.1	14.1	1.9	1.116	30.2	S.
9	22-28	Id.	755.37	4.5	14.0	0.8	0.703	18.4	SW.
10	29-6	Février-mars.	751.77	8.3	12.8	2.6	1.482	22.5	SW.
11	7-13	Mars.	765.78	11.3	23.2	2.5	1.711	—	S.
12	14-20	Id.	762.64	4.9	17.2	-1.9	1.756	1.1	ENE.
13	21-27	Id.	763.43	8.6	22.0	-1.9	2.725	—	E.
14	28-3	Mars-avril.	752.78	8.5	21.2	1.2	1.939	3.6	SSW.
15	4-10	Avril.	749.87	11.1	18.2	2.9	1.821	24.6	SW.
16	11-17	Id.	755.48	12 8	25.7	0.8	3.095	0.8	ENE.
17	18-24	Id.	757.09	13.4	24.5	4.2	3.461	5.	SW.
18	25-1	Avril-mai.	758.52	10.1	20.8	0.6	4.118	3.4	NE.
19	2-8	Mai.	752.48	12.7	25.2	2.1	3.171	—	NE.
20	9-15	Id.	757.32	15.1	30 0	1.7	5.952	—	NE.
21	16 22	Id.	760.52	14.3	27 5	1.6	3.928	—	NE.
22	23-29	Id.	758.97	17.0	35.7	5.5	5.937	13.1	SW.
23	30-5	Mai-juin.	756.74	13.8	25.1	4.5	3.668	21.6	NE
24	6-12	Juin.	768.46	14.2	26.8	6.0	2.000	30.2	WSW.
25	13-19	Id.	756.17	18.1	32.1	9.4	3.574	3.8	E.W.
26	20-26	Id.	751.31	18.8	26.9	9.9	3.614	41.0	SW.
27	27-3	Juin-juillet.	756.46	19.5	31.6	10.2	3.751	6.6	SW.
28	4-10	Juillet.	747.74	20.6	27.2	10.6	4 152	30.0	SW.
29	11-17	Id.	749.45	22 1	34.1	12.0	4.400	25.7	SW.
30	18-24	Id.	757.67	20.8	30 6	10.9	3.617	1.1	E.SW.
31	25-31	Id.	751.32	20.7	30.7	11.6	4.196	23.0	SW.
32	1-7	Août.	750.96	19 2	33.4	10.2	4.164	27.7	SW.
33	8-14	Id.	756.96	20.6	32.1	11.5	3.093	39.4	N.SW.
34	15-21	Id.	757.17	23.8	35.3	13.0	4.800	5.3	NE.
35	22-28	Id.	756.98	23.9	35.5	11.9	4.464	36.7	S.NE.
36	29-4	Août-septembre.	760.38	22.1	34 5	11.1	4.213	—	NE.
37	5-11	Septembre.	756.48	20	32.6	10.4	2.657	52.7	SW.
38	12-18	Id.	749.65	16.2	26 1	8.3	1.796	8.9	SSW.
39	19-25	Id.	756.48	13.9	22.6	7 2	1.214	20.8	SW.
40	26-2	Septembre-octobre	765 95	16.8	25.3	7.2	0.946	—	SW.
41	3-9	Octobre.	749.50	15.7	26.4	5.4	1 425	58.6	S.SW.
42	10-16	Id.	760.79	10.4	18.5	3.7	0.721	8.3	NE.
43	17-23	Id.	752.77	8.3	19.3	0.7	0.374	26.6	E.NE.
44	24-30	Id.	750.63	7.7	17.3	-3°6	1.007	41.8	SW.
45	31-6	Octobre-novembre.	762.34	4.6	12.0	-3°4	0.725	0.6	NE.SW.
46	7-13	Novembre.	760.02	7°3	12 5	-1°0	0.725	10.2	SW.
47	14-20	Id.	742.96	6°4	13 5	-0.3	0.611	31.0	SW.
48	21-27	Id.	757.98	5°7	14.5	-4.2	0.370	14.6	SW.
49	28-4	Novembre-décembre.	767.39	4.1	12.1	-0.8	0.504	2.9	S.SW.
50	5-11	Décembre.	769.80	8.1	11.2	3.9	0.586	4.4	W.
51	12-18	Id.	751.52	4.7	10.5	0.3	0.482	48.4	SW.
52	19-25	Id.	746.63	5.7	12.3	0.1	0.371	58.0	SW.
53	26-31	Id.	742.07	6.4	13.1	-0.1	0.807	16.4	SW.

démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise. — Année 1880.

VILLE DE BRUXELLES.								COMMUNES-FAUBOURGS.							
Naissances.	Mort-nés.	Décès par âge et par maladies.						Mariages.	Naissances	Mort-nés.	Décès par âge et par maladies.				
		Total.	De 0 à 1 an	Maladies			Morts violentes.				Total.	De 0 à 1 an.	Maladies			Morts violentes.
				Zymotiques.	Saisonnières.	Tuberculeuse							Zymotiques.	Saisonnières.	Tuberculeus.	
63	5	48	12	2	17	6	2	20	77	4	55	10	2	17	9	1
93	3	92	22	2	32	15	2	21	174	4	107	29	2	43	31	3
96	6	95	16	1	42	23	1	28	148	8	108	25	3	29	33	3
15	4	73	21	1	26	16	1	23	164	17	100	29	6	42	25	1
18	11	79	20	1	39	15	2	42	160	10	125	28	5	43	28	—
92	5	101	22	4	42	22	2	47	164	10	94	18	8	36	22	3
03	11	90	14	7	41	15	—	32	160	13	105	20	6	39	27	2
30	6	99	22	6	33	28	3	25	154	13	105	25	12	29	27	—
11	7	88	21	6	35	25	1	27	148	9	108	29	8	31	24	5
16	4	82	19	7	34	15	2	27	159	7	109	28	5	32	20	—
05	10	75	21	5	26	18	3	21	180	7	93	21	7	32	24	1
12	11	85	22	4	37	14	4	31	151	6	115	27	7	37	20	1
18	8	89	18	6	33	27	2	32	161	13	115	26	10	40	22	3
29	7	102	26	6	40	18	6	56	137	11	78	25	4	35	11	1
90	6	84	21	3	30	12	8	56	153	8	117	32	8	38	15	2
20	8	75	23	4	28	17	4	36	157	9	118	31	2	36	28	4
91	8	81	20	—	36	19	1	45	117	9	97	22	5	25	15	2
07	9	90	19	5	32	26	5	47	170	8	89	28	3	30	18	4
15	8	87	22	3	29	17	2	41	150	11	90	26	8	29	18	2
18	6	87	23	3	38	19	2	46	134	10	95	22	3	33	16	3
17	2	55	17	2	19	12	—	45	155	7	106	25	4	26	17	1
04	13	72	15	1	28	16	6	33	180	3	110	32	9	39	21	6
05	4	76	20	3	19	17	3	47	149	8	104	29	6	33	23	1
25	5	73	22	—	20	25	2	43	124	11	105	25	2	24	29	2
20	4	65	13	5	26	12	2	37	160	5	86	18	4	26	19	6
06	6	78	14	5	19	14	2	29	140	7	87	18	4	27	14	—
05	4	69	21	4	29	13	3	25	150	6	95	24	5	29	23	2
05	2	67	17	4	27	13	3	27	152	8	89	21	2	28	21	4
02	6	71	18	3	26	11	1	41	114	9	81	26	2	31	19	—
55	2	69	29	—	32	14	—	37	158	12	105	42	5	40	15	3
12	12	86	39	2	35	20	4	25	148	5	96	49	3	32	21	1
14	3	92	38	5	49	12	3	42	149	10	111	54	4	48	16	2
02	6	88	26	4	37	15	3	32	149	9	106	55	5	44	14	5
17	5	96	27	10	42	17	2	40	135	6	96	48	2	32	12	3
10	6	76	34	2	47	11	—	30	145	6	126	64	1	56	22	1
35	10	89	27	4	38	25	3	25	152	8	127	59	4	52	27	2
09	6	87	40	4	49	14	3	30	161	6	111	53	2	50	15	4
03	7	81	30	2	38	15	—	45	133	9	115	49	1	50	25	5
02	8	78	33	4	36	9	4	51	146	5	111	35	2	44	24	2
14	8	81	26	5	39	14	—	40	148	7	91	40	3	50	16	1
18	6	70	22	3	32	6	2	44	140	8	104	41	4	44	19	3
12	7	74	19	4	43	10	2	46	146	12	101	37	6	36	25	3
10	6	71	20	3	30	14	—	26	155	3	82	23	4	34	18	—
16	4	75	23	2	37	12	—	33	157	7	102	25	6	37	24	3
11	13	100	36	5	36	22	3	42	142	5	107	22	6	38	19	3
10	8	88	21	3	31	28	1	39	149	8	91	16	8	38	16	2
18	5	70	20	1	21	9	4	36	158	6	95	14	7	35	12	2
14	5	77	27	1	35	26	—	49	150	6	89	20	5	25	19	4
17	10	70	16	3	27	17	2	42	156	6	84	23	7	25	25	2
16	9	74	17	7	21	15	2	49	153	11	92	19	10	27	16	—
12	6	71	21	8	24	16	1	35	110	14	85	23	7	18	12	3
19	14	73	17	3	23	16	1	20	164	7	90	17	5	27	24	2
11	3	57	13	5	26	12	2	30	137	7	97	21	6	33	18	1

Numéro d'ordre	DÉSIGNATION des Maladies, causes de décès.	DOMICILE DES DÉCÉDÉS. DIVISIONS DE POLICE 1	2	3	4	5	6	Etrangers à la ville.	CONDITION SOCIALE Riche.	Aisé.
	A. MORTS PAR CAUSES NATURELLES.									
	Avortons (0 à 6 mois de gestation)	16	31	44	13	6	1	5	—	11
	Mort-nés (6 à 9 mois de gestation). Avant terme. Avant l'accouchement.	2	36	29	17	6	2	—	1	24
	Avant terme. Pendant l'accouchement.	1	3	1	2	1	—	—	—	1
1	Avant terme. Après l'accouchement.	9	10	13	4	3	—	—	1	11
	A terme. Avant l'accouchement.	19	20	56	22	7	—	—	1	27
	A terme. Pendant l'accouchement.	3	22	12	2	2	—	—	—	6
2	A terme. Après l'accouchement.	3	9	13	3	2	—	—	—	3
	Débilité congénitale	8	27	36	19	3	—	11	1	15
3	Cyanose	—	—	—	1	—	—	—	—	—
	Spina bifida et hydrocéphale	1	2	4	—	—	—	—	1	1
	Imperforation de l'anus, etc.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	Autres vices de conformation	—	—	2	—	—	—	1	—	—
	Débilité sénile	29	28	79	17	2	—	8	8	36
	B. MORTS PAR CAUSES ACCIDENTELLES ET VIOLENTES.									
5	Accidents divers	12	17	17	7	—	—	49	1	5
6	Suicides	11	19	19	10	1	—	8	2	9
7	Homicides	—	—	1	—	—	—	3	—	1
8	Exécution judiciaire	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	C. MALADIES GÉNÉRALES OU ATTAQUANT DIVERS ORGANES.									
9	Anémie et chlorose	—	2	1	1	—	—	1	—	2
10	Anthrax	—	—	—	1	—	—	1	1	—
	a. Cancer du sein	2	1	3	1	—	—	2	—	1
11	*b.* Cancer utérin	9	11	7	3	—	1	14	—	3
	c. Cancers externes	9	4	8	3	3	1	15	2	10
12	Carie et nécrose	1	4	2	3	—	—	6	—	—
13	Choléra asiatique	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Choléra indigène	—	1	—	—	—	—	—	—	—
15	Delirium tremens	3	8	7	6	2	—	14	—	7
16	Diabète	1	—	2	—	—	—	—	—	1
17	Diarrhée et lientérie	21	61	19	31	1	1	21	1	11
18	Dysenterie	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Ergotisme (ergot)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Erysipèles	2	3	4	4	3	—	6	2	3
21	Fièvre intermittente	—	—	1	—	—	—	1	1	—
22	Fistules	—	—	—	—	—	—	2	—	—
23	*a.* Gangrène	1	3	4	—	—	—	3	—	1
	b. Gangrène sénile	1	—	1	—	—	—	3	—	1
24	Goutte	—	—	1	—	—	—	—	—	1
25	Grippe (influenza)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	Hémorragies	—	—	1	3	—	—	1	—	—
27	Hydrophobie (rage)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Hydropisies	1	4	—	—	—	—	1	—	—
29	Intoxication métallique lente	—	1	—	—	—	—	1	—	—
30	Maladie de Pott	3	4	2	1	—	—	1	—	—
31	Morve et farcin	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	Phlegmons et abcès	—	3	1	1	1	—	3	—	—
33	Pourriture d'hôpital	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	Pustule maligne (charbon)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	Résorption purulente	—	2	1	1	—	—	3	—	—

MOIS												TOTAL ANNUEL.			Moyenne décennale 1870-1879.	MORTALITÉ (1880) *.		Numéro d'ordre.
Janvier.	Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.	M.	F.	Total.		sur 1,000 décès.	sur 10,000 vivants.	
10	7	10	8	15	10	7	13	12	5	11	8	—	—	116		27.1	7.0	
10	10	15	9	14	7	9	3	7	7	13	12	60	56	116		27·1	7.0	
—	—	2	—	—	1	—	1	—	2	1	1	4	4	8		1.9	0.5	
4	1	1	5	2	1	4	9	2	5	2	3	23	16	39	175.3	9.4	2.3	
10	15	9	13	14	7	5	9	12	10	13	7	74	50	124		29.9	7.5	1
4	1	5	2	3	2	3	1	6	3	4	7	19	22	41	207.9	9.9	2 6	
1	2	5	5	—	1	3	3	2	2	3	5	20	10	30		7.2	1.8	2
14	12	7	9	6	10	11	7	4	5	13	8	55	49	104	170.3	22.4	5.6	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4.8	0.2	0.1	
—	—	—	1	—	2	—	1	1	—	—	2	3	4	7	5.3	1.8	0.4	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.4	—	—	
—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	3	—	3	2.5	0.5	0.1	
20	24	9	10	25	13	9	13	11	8	9	12	50	113	163	121.3	37.4	9.4	4
10	6	12	15	8	8	6	7	10	5	9	6	79	23	102	104.8	12.8	3.2	5
2	3	5	12	9	7	4	8	5	2	6	5	55	13	68	41.5	14.5	3.6	6
—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	1	2	2	4	2.2	0.2	0.1	7
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
—	—	1	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	5	5	3.3	0.9	0.2	9
—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	3.8	0.2	0.1	10
3	1	1	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	9	9		1.8	0.4	
4	2	4	3	2	—	8	6	5	5	5	1	—	45	45	74.5	7.5	1.9	11
—	2	5	5	7	7	2	4	1	4	—	8	21	22	43		6.8	1.1	
3	2	1	2	—	—	1	4	1	1	—	1	9	7	16	8.6	2.4	0.6	12
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	2.5	0 2	0.1	14
3	4	7	3	2	2	5	3	5	2	1	3	40	—	40	29.3	6.3	1.6	15
1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	3	3.3	0 7	0.2	16
5	8	14	14	10	4	21	18	24	19	8	10	82	73	155	73.1	32.3	8.1	17
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.1	—	—	18
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
2	3	2	5	2	2	1	1	1	1	1	1	9	13	22	18.6	3.9	9.7	20
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	2.4	0.2	0 1	21
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1.0	—	—	22
1	—	1	—	1	2	1	3	1	—	—	1	7	4	11	14.6	1.9	0.4	23
1	—	1	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	3	5		0.5	0.1	
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2.7	0.2	0.1	24
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	2	1	4	5	6.5	0.9	0 2	26
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.6	—	—	27
1	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	1	2	4	6	7.3	1.2	0.3	28
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	2	—	2	4.5	0.2	0.1	29
—	1	1	2	3	—	—	—	1	2	—	1	6	5	11	9.0	2.4	0.6	30
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	—	—	31
—	1	1	—	2	—	1	1	1	—	1	1	6	3	9	15.3	1.4	0.4	32
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	—	—	33
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.8	—	—	34
1	2	1	1	—	—	1	1	—	—	2	—	4	5	9	4.2	0.9	0.2	35

* Ce taux de mortalité est calculé sur le chiffre des décès, à l'exclusion des étrangers à la ville.

Numéro d'ordre	DÉSIGNATION des Maladies, causes de décès.	0 à 6 mois.		7 à 12 m.		1 à 5 ans.		6 à 15 ans.		16 à 20 ans.	
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F
36	Rétrécissements.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	Rachitisme.	—	—	—	—	5	4	—	1	—	—
38	Rhumatismes	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
39	Scorbut	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
40	Scrofules.	1	5	2	4	7	1	1	—	1	—
41	Tabes dorsalis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	Tubercules des articulations	—	—	1	—	1	—	—	2	—	—
43	Tubercules des méninges et du cerveau	4	2	22	17	47	47	11	15	1	—
44	Carreau	11	6	7	6	13	17	2	—	—	—
45	Tuberculisation pulmonaire (phtisie)	3	—	3	7	27	20	12	12	16	2
46	Tumeurs abdominales	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
47	Typhus et fièvre typhoïde.	1	—	—	1	3	4	8	11	9	
	D. MALADIES SPÉCIALES A UN ORDRE D'ORGANES :										
	Maladies du cerveau et du système nerveux										
48	Apoplexie cérébrale	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
49	Chorée (ataxie locomotrice)	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
50	Convulsions	77	74	28	27	9	14	—	2	—	
51	Démence et idiotie.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	Eclampsie des femmes enceintes.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	Encéphalite et méningite	—	1	—	1	2	4	—	3	2	
54	Epilepsie	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
55	Myélite	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
56	Ramollissement du cerveau	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
57	Syncope	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
58	Tétanos et trismus.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Maladies des organes de la respiration.										
59	Apoplexie pulmonaire	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
60	Asthme et angine de poitrine.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
61	Bronchite et catarrhe bronchique	17	16	22	30	33	37	3	2	1	—
62	Coqueluche	—	1	4	8	8	14	—	1	—	—
63	Croup	—	—	—	11	12	2	3	—	—	—
64	Emphysème pulmonaire.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	Empyème.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66	Goître.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	Hydrothorax	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
68	Laryngite chronique (phtisie laryngée)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
69	OEdème de la glotte.	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	Pleurésie (point de côté)	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—
71	Pneumonie et pleuropneumonie	10	16	17	13	3	36	38	4	2	—
	Maladies des organes de la circulation.										
72	Anévrismes	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
73	Angiose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74	Endo- et péricardite non rhumatismales	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—
75	Maladies organiques du cœur.	1	—	—	—	—	—	3	2	—	
	Maladies des organes de la digestion.										
76	Angine couenneuse	—	—	—	—	3	1	—	1	—	—
77	Entérite	144	101	78	64	51	54	3	4	—	—
78	Entozoaires .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

MOIS										TOTAL ANNUEL.			Moyenne décennale 1870-1879.	MORTALITÉ (1880) *.		Numéro d'ordre.
Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre	Octobre.	Novembre	Décembre.	M.	F.	Total.		sur 1.000 décès.	sur 10.000 vivants.	
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	2.4	0.2	0.1	36
2	1	2	1	—	1	1	—	1	—	5	5	10	12.8	1.8	0.4	37
—	1	1	1	2	—	—	1	2	2	9	5	14	18.7	1.9	0.4	38
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	0.1	0.2	0.1	39
3	2	1	3	3	1	1	2	1	1	14	12	26	80.7	4.1	1.0	40
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	—	—	41
1	—	1	3	1	1	—	1	—	—	7	5	12	10.2	0.9	0.2	42
20	16	10	14	16	23	9	9	12	10	88	81	169	238.7	38.6	9.7	43
2	6	8	5	6	7	6	4	3	3	35	33	68	127.0	13.7	3.4	44
81	66	73	71	59	60	58	59	87	78	527	327	854	955.3	156.3	33.1	45
2	2	1	—	1	1	4	1	1	—	3	11	14	6.2	2.2	0.5	46
7	5	—	4	3	9	14	20	8	15	50	47	97	137.7	16.2	4,0	47
11	20	14	13	8	16	14	16	13	11	92	75	167	206.4	36.7	9.2	48
—	1	1	—	1	—	—	—	—	1	4	2	6	2.1	0.9	0.2	49
15	2	15	24	18	22	16	15	15	23	114	119	233	191.8	53.2	13.3	50
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.6	—	—	51
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.4	—	—	52
2	2	—	3	2	5	2	3	7	7	21	18	39	38.7	6.1	1.0	53
2	1	—	2	3	3	—	1	—	—	11	4	15	9.7	5.1	0.8	54
2	2	4	1	4	2	1	4	1	2	15	12	27	25.5	5.3	1.3	55
8	13	6	4	4	9	5	11	4	9	52	39	91	80.4	19.5	4.9	56
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.3	—	—	57
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1.8	—	—	58
2	3	—	1	2	1	—	1	—	2	10	5	15	14.0	2.9	0.7	59
—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	1	3	3.8	0.7	0.2	60
20	40	20	12	11	17	10	17	30	27	144	134	278	310.9	65.3	15.8	61
7	4	4	2	—	3	5	1	2	4	12	24	36	49.6	8.4	2.1	62
3	2	3	1	1	3	1	1	1	2	13	15	28	42.3	6.0	1.5	63
1	—	—	—	—	1	—	—	1	2	3	2	5	9.5	0.9	0.2	64
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.2	—	—	65
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.4	—	—	66
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3.3	—	—	67
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.3	—	—	68
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3.6	0.2	0.1	69
1	2	2	1	2	2	1	—	3	2	15	6	21	21.7	4.1	1.0	70
40	46	48	29	20	25	26	36	31	32	275	188	463	328.8	90.7	22.7	71
1	—	—	—	1	1	2	1	2	3	6	5	11	10.7	1.8	0.4	72
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1.9	0.2	0.1	73
6	4	2	3	4	1	3	3	4	4	26	14	40	22.8	6.5	1.6	74
47	25	33	23	27	32	18	36	26	21	162	197	359	401.1	71.6	21.1	75
—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	3	3	6	18.9	1.4	0.4	76
31	23	38	28	38	104	95	50	34	16	291	246	537	533.5	128.1	32.1	77
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	—	—	78

x de mortalité est calculé sur le chiffre des décès, à l'exclusion des étrangers à la ville.

Numéro d'ordre.	DÉSIGNATION des Maladies, causes de décès.	0 à 6 mois.		7 à 12 m.		1 à 5 ans.		6 à 15 ans.		16 à ans.	
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	
79	Gastrite	1	—	1	—	—	—	—	—	1	
80	Glossite et pharyngite	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
81	Hernies	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
82	Iléus	1	—	—	—	—	—	1	—	—	
83	Noma	—	—	—	—	3	3	—	—	—	
84	Parotidite	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
85	Péritonite	—	—	—	—	—	—	2	1	—	
86	Proctite et cancer du rectum	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
87	Squirrhe et ulcère à l'estomac	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
88	Stomatite, aphthes et muguet	2	2	—	—	1	—	—	—	—	
	Maladies du foie et de la rate.										
89	Calculs biliaires	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
90	Cirrhose du foie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
91	Hépatite	—	—	—	—	—	—	2	—	1	
92	Ictère	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
93	Splénie (maladie de la rate)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
94	Tumeur cancéreuse du foie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Maladies des organes génito-urinaires.										
95	Albuminurie (maladie de Bright)	—	—	—	—	4	1	1	1	1	
96	Calculs de la vessie et des reins	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
97	Cystite	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
98	Kyste de l'ovaire	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
99	Maladies, suites des couches (simples)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Idem (infectieuses)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
100	Métrite	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
101	Néphrite	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
102	Ovarite	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
103	Prostatite	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
104	Syphilis	3	8	—	—	—	—	—	—	—	
	Exanthèmes et maladies de la peau.										
105	Eléphantiasis et ichthyose	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
106	Pemphigus des nouveau-nés	1	2	—	—	—	—	—	—	—	
107	Purpura hemorrhagica	—	2	—	—	—	—	—	—	—	
108	Rougeole	3	3	2	3	11	9	1	—	—	
109	Scarlatine	—	—	—	—	3	6	—	—	—	
110	Sclérème	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
111	Suette miliaire	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
112	Ulcères	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
113	Variole non vaccinés	2	—	—	—	—	—	—	—	1	
	Variole non revaccinés	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
—	Variole sans renseignements	—	—	—	—	1	1	1	1	—	
	E. MORTS PAR CAUSES INCONNUES.										
114	*a.* Par causes non déclarées	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
115	*b.* Par causes déclarées : *inconnues*	4	7	6	4	1	1	—	1	—	
116	*c.* Morts subites, sans causes connues	1	1	—	—	1	—	1	1	—	
	Totaux (mort-nés exclus)	402	359	214	209	279	313	111	77	47	

MOIS												TOTAL ANNUEL.			Moyenne décennale 1870-1879.	MORTALITÉ (1880) *.		Numéro d'ordre
Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre	Octobre.	Novembre	Décembre.		M.	F.	Total.		sur 1.000 décès.	sur 10,000 vivants.	
1	—	3	1	1	2	—	—	2	—	1		5	6	11	8.4	2.2	0.4	79
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	0.6	—	—	80
—	—	—	1	2	—	1	1	1	1	1		3	5	8	10.6	1.4	0.4	81
—	1	2	—	1	1	1	1	1	—	1		5	5	10	12 8	2.4	0.6	82
—	—	1	—	1	—	—	2	2	—	—		3	3	6	6 6	0.9	0.2	83
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1		1	—	1	0.8	0.2	0.1	84
3	—	3	2	3	—	1	1	3	1	1		12	8	20	16.7	4.3	1.1	85
—	—	—	1	—	—	2	1	—	—	—		2	3	5	3 3	0.7	0.2	86
5	3	7	3	4	2	5	9	2	1	3		24	22	46	65.7	9.9	2.6	87
1	—	1	—	—	—	—	1	—	1	1		3	2	5	13 5	0.7	0.2	88
—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—		—	1	1	0 7	0.2	0.1	89
3	3	1	3	3	4	—	3	4	4	2		20	11	31	21.6	5.8	1.5	90
4	2	1	—	1	2	7	—	2	4	5		20	13	33	25 9	6.3	1.6	91
—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—		2	—	2	4.1	0.5	0.2	92
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	0 9	—	—	93
1	2	1	1	2	5	5	1	2	—	1		14	14	28	14.7	5.8	1.5	94
6	16	8	7	8	6	2	4	16	9	6		58	31	89	42.9	16.1	4.1	95
—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—		2	—	2	2.1	0.5	0.1	96
—	2	—	2	2	—	2	3	2	1	1		15	—	15	11.5	3.1	0.8	97
2	—	—	—	—	—	1	1	—	1	—		—	6	6	6.1	1.2	0.3	98
—	—	3	2	3	—	—	1	3	2	2		—	16	16	—	2.4	0.6	99
2	4	—	3	2	—	2	1	2	2	3		—	24	24	66.4	2.4	0.7	
—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	2		—	6	6	3.7	0.9	0.2	100
—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—		4	1	5	6.1	0-7	0.2	101
—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1		—	4	4	1.6	0.2	0.1	102
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	1.2	—	—	103
2	1	4	—	1	—	—	—	1	1	1		3	9	12	21.0	1.9	0.5	104
1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—		—	3	3	0.5	0.5	0.1	105
—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—		1	2	3	1.2	0 7	0.2	106
—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—		1	2	3	4.7	9 7	0.2	107
1	2	3	1	5	3	8	1	1	2	3		17	15	32	89.2	7.7	1.9	108
2	2	1	—	1	2	1	1	—	—	1		4	7	11	34.7	2.4	0.6	109
1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—		3	—	3	5.7	0.2	0.1	110
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	0.1	—	—	111
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—		—	2	2	5.3	0.2	0.1	112
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1		3	—	3		0 7	0.2	
1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		2	—	2	162.6	0.5	0.1	113
1	2	1	3	2	—	—	—	—	—	—		3	6	9		—	—	
																		114
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		—	—	—	14.3	—	—	115
2	2	4	1	2	2	6	8	—	3	4		15	20	35	6.1	7.2	1.8	
1	2	1	3	1	—	1	5	1	3	6		14	15	29	33 7	6 3	1.9	116
471	442	440	408	364	363	474	413	389	412	394		2722	2305	5027	5401.2	1.000	250.8	

* Ce taux de mortalité est calculé sur le chiffre des décès, à l'exclusion des étrangers à la ville.

Agglomération bruxelloise. — Statistique spéciale de la mortalité générale de 0 à 5 ans, par sexe et par état civil.

MOIS	0-15 jours.		15-30 jours.		1-3 mois.		4-6 mois.		7-9 mois.		10-12 mois.		2-3 ans.		4-5 ans.		TOTAL.			TAUX mensuels.	
	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	0 à 1 an.	1 à 5 ans.	Général	Sur 1.000 naissanc.	Sur 1,000 décès.
Janvier	12	6	11	2	21	8	15	8	13	—	15	4	30	18	10	3	115	61	176	362.9	385.1
Février	9	5	2	3	9	8	14	7	17	3	10	2	33	10	10	6	89	59	148	325.5	314.2
Mars	7	1	2	1	14	9	9	2	19	1	10	3	31	20	10	2	78	66	144	285.7	323.5
Avril	10	5	5	1	9	3	16	8	13	4	10	3	12	10	10	3	87	35	122	272.9	277.4
Mai	5	6	5	1	11	8	17	8	9	5	18	2	23	9	10	2	95	44	139	278.6	340.7
Juin	12	4	3	3	14	6	12	3	6	2	13	1	29	5	8	1	79	43	122	251.5	335.2
Juillet	9	6	5	4	11	7	12	6	11	5	17	—	25	5	4	—	93	32	125	254.6	344.3
Août	7	1	10	5	16	15	17	10	20	4	19	2	32	10	14	1	126	57	183	415.9	386.5
Septembre	6	4	11	5	15	6	20	14	30	3	19	4	38	4	6	2	137	50	187	452.8	452.8
Octobre	6	3	8	3	16	7	12	7	19	4	13	2	29	3	8	1	100	41	141	307.9	362.5
Novembre	12	6	6	2	12	15	11	3	14	3	10	3	37	10	13	1	97	61	158	339.1	383.5
Décembre	7	7	2	3	10	6	8	7	17	4	15	2	25	4	13	1	88	43	131	280.1	332.5
Bruxelles. Masculins	65	25	43	11	82	47	83	45	92	20	76	13	191	42	60	9	602	302	904	329.4	332.1
Bruxelles. Féminins	37	29	27	22	76	51	80	38	96	18	93	15	156	64	56	14	582	290	872	307.5	378.3
Total	102	54	70	33	158	98	163	83	188	38	169	28	347	106	116	23	1.184	592	1,776	316.5	353.3
Communes-faubourgs. Masculins	63	32	49	27	151	48	164	41	208		45		297	29	86	5	828	417	1,245	312.7	444.8
Communes-faubourgs. Féminins	55	25	40	23	130	55	151	52	161		46		271	39	91	10	738	411	1,149	294.4	491.8
Total	118	57	89	50	281	103	315	93	369		91		568	68	177	15	1.566	828	2.394	303.8	451.9
Total de l'agglomération	220	111	159	83	439	201	478	176	595		288		915	174	293	38	2,750	1,420	4,170	309.0	405.9

et par

aladies
ganes de la
culation

es q. r.	Autres maladies.	
.	M.	F.
»	»	»
»	»	»
»	»	»
»	»	»
»	»	»
»	»	»
5	»	1
9	»	1
»	1	»
»	»	»
»	1	»
»	»	»
1	»	1
»	»	»
»	»	»

NUMERO D'ORDRE.
1
2
3
4
5
6
7

dies s nes la es- n.	M l
F.	

— Année 1880.

dies s nes la es- n.		Maladies du foie et de la rate.		Maladies des organes génito-urinaires.		Exanthèmes et maladies de la peau.		Morts violentes ou accidentelles.		Morts par causes inconnues		Débilité sénile.		TOTAL			NUMÉRO D'ORDRE.
	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	général.	
	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	4	1
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	7	8	2
	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»	3	3
	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	»	5	4
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	5
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	6
	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	»	6	7
	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»				

Statistique spéciale des morts violentes ou accidentelles.

		Strangulation.	Submersion.	Armes à feu.	Instruments tranchants et autres.	Empoisonnement.	Chute d'un lieu élevé.	Brûlures.	Asphyxie par le charbon.	Asphyxie par suffocation.	Voitures, chevaux, etc.	Convois de chemin de fer.	Machines industrielles.	Inanition.	Autres causes ou moyens.
Homicide	Masculin.	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Féminin.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Suicide	Masculin.	32	8	10	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Féminin.	4	2	—	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Accident	Masculin.	—	6	—	—	—	31	7	—	—	16	4	—	—	15
	Féminin.	—	—	—	—	—	10	5	—	—	2	3	—	—	3

—

Statistique mensuelle des mariages d'après l'état-civil des conjoints.

MOIS.	VILLE DE BRUXELLES					COMMUNES-FAUBOURGS.				
	Total des mariages.	Unions contractées entre				Total des mariages.	Unions contractées entre			
		Célibataires.	Célibataires et veuves.	Veufs et célibataires.	Veufs et veuves.		Célibataires.	Célibataires et veuves.	Veufs et célibataires.	Veufs et veuves.
Janvier .	100	86	5	6	3	115	99	6	3	7
Février .	136	104	14	10	8	139	110	15	10	4
Mars . . .	110	85	11	9	7	118	93	8	13	4
Avril. . .	152	132	6	11	3	192	159	11	16	6
Mai. . . .	177	146	7	17	7	197	161	7	19	10
Juin . . .	139	111	11	13	4	139	104	11	13	11
Juillet . .	150	124	8	13	5	152	123	11	9	9
Août . . .	126	103	9	10	4	143	129	2	8	4
Septemb.	125	103	8	7	7	165	135	16	10	4
Octobre .	142	120	7	12	3	192	156	9	21	6
Novembr.	134	104	8	11	11	175	142	10	15	8
Décembr.	175	143	12	10	10	181	148	8	19	6
Total.	1666	1359	106	129	72	1908	1559	114	156	79

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Banquet offert le 25 juin 1881 à MM. Thiry, président, et Thiernesse, secrétaire, à l'occasion de leur promotion au grade de Commandeur de l'Ordre de Léopold. — Compte rendu. Bruxelles 1881; 12°.

ALMANAQUE de medecina y farmacia para el ano 1881. Madrid, 1881; 8°.

BOENS (H.). La vaccine. — Discours prononcé à l'Académie royale de médecine de Belgique le 26 mars 1881. Bruxelles, 1881; 8°.

— Circulaires aux membres du Comité de la Ligue internationale des anti-vaccinateurs. Charleroi, 1881; 8°.

CHARON (E.). Contribution à la pathologie de l'enfance. Bruxelles, 1881; vol. 8°.

COMMISSION PERMANENTE DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — Rapport sur la situation des Sociétés de secours mutuels, pendant l'année 1879, présenté à M. le Ministre de l'intérieur. Bruxelles, 1881; 8°.

CONSEILS PROVINCIAUX DE BELGIQUE. — Exposés de la situation administrative des provinces pour l'année 1881. 16 vol. 8°.

CONSEIL PROVINCIAL DU BRABANT. — Annexe aux procès-verbaux des séances de 1880. Bruxelles, 1881; 8°.

CORNILLEAU (A.). Traitement de la diphthérie. Sillé-le-Guillaume, 1881; 8°.

DA CUNHA BELLEM (A. M.). La propriété littéraire et la traduction. Lisbonne, 1880; 12°.

— Chassons la syphilis! Lisbonne, 1880; 8°.

— La prophylaxie morale de la phthisie dans l'armée. Lisbonne, 1880; 8°.

DA CUNHA BELLEM (A. M.) e ENNES (G. J.). Claroese reflexos do progresso medico. — Congresso internacional de sciencias medicas. — Amsterdam; 1879. Lisboa, 1880; vol. 8°.

DE COLLEVILLE (M.). Epître néphalienne à Sa Majesté Léopold II, roi des Belges, avec notes et références. London, 1881; 8°.

DE PIETRA SANTA (P.). La vaccination obligatoire. — Troisième lettre à MM. les membres de la Chambre des députés. Paris, 1881; 4°.

DONDERS (F. C.) en ENGELMANN (T. W.). Onderzoekingen gedaan in het physiologisch laboratorium der Utrechtsche hoogeschool. 3e reeks, VIte Deel, 1te aflevering. Utrecht, 1881; vol. 8°.

DOTTORE (S. P.) Elenco delle ultime pubblicazioni mediche del dottore Vitantonio Giampietro. Napoli, 1881; 8°.

ENNES (G.). Nos casernes. Lisbonne, 1880; 8°.

FAUCON (A.). Traitement de la chute de l'utérus (amputation du col de la matrice par le thermo-cautère, combinée avec le cloisonnement du vagin selon le procédé du professeur L. Le Fort). Paris, 1881; 8°.

FRANÇOIS-FRANCK. Olfaction — anatomie; anatomie comparée et physiologie. — (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Paris, 1881; vol. 8°.

GÉLINEAU. De la narcolepsie — pathologie comparée. — De l'épilepsie chez les animaux domestiques et de la transmissibilité présumée de leur mal à l'homme. Surgères, 1881; 8°.

HARLEY (G.). Histological demonstrations : a guide to the microscopical examination of the animal tissues in health and in disease; being the substance of lectures delivered in the University College of London; édited by G. T. Brown. London, 1876; vol. 8°.

LANGLET. Des intermittences du pouls, de la syncope et de la mort subite dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Reims, 1881; 8°.

MASOIN (E.). Lettres à un homœopathe, M. Delphin Gailliard. Louvain, 1881; 12°.

PAUL (C.). Sur un nouveau signe de la scrofule fourni par les boucles d'oreille. Paris, 1881; 8°.

RUMBOLD (T. F.). Hygiene and treatment of catarrh. — Therapeutic and operative measures for chronic catarrhal inflammation of the nose, throat and ears. — Part II. St Louis, 1881; vol. 8°.

SCHIVARDI (P.). La vita e le opere di Giovanni Polli. Milano, 1881; 8°.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Guide du vaccinateur. — Les deux vaccins : vaccin d'enfant; vaccin de génisse. Paris, 1881; 8°.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE PUBLIQUE DE BELGIQUE. — Compte rendu des séances de l'Assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique, tenue à Bruxelles du 11 au 15 août 1880. Tome II (discussions). Bruxelles, 1881; vol. 8°.

VACCINATION TRACTS. London, 1877-1879; vol. 12°.

VAN GAEL (C.). Étude sur les appréciations émises par les autorités médicales et administratives ainsi que par les associations savantes au sujet de l'organisation d'un service médico-rural des indigents. Bruxelles, 1881; vol. 12°.

VITANTONIO GIAMPIETRO. Ultime memorie di clinica medica, pubblicate su varî giornali italiani. Napoli, 1878; vol. 8°.

WARLOMONT. Ophthalmie (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Paris, 1881; vol. 8°.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. LEFEBVRE, 1er VICE-PRÉSIDENT.

—

FOREIGN
BODLLIBR
R
PERIODICALS

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

M. le Ministre de l'Intérieur soumet à l'Académie les documents suivants, qui lui ont été transmis par son collègue des affaires étrangères :

a. Trois dépêches officielles de l'Empire ottoman, relatives à l'état sanitaire de certaines contrées de cet empire ou qui lui sont contiguës. — Renvoi à la commission des épidémies.

b. Une lettre de M. le Consul de Belgique à Ibraïla (Roumanie) et une brochure publiée en langue roumaine par M. le dr Grün. Cette lettre, ainsi que la brochure, fait mention des propriétés thérapeutiques de la vase et des eaux du lac *Lacul Sarat*, situé à 5 kilomètres de la ville susdite. — Renvoi à M. Lefebvre.

M. le Ministre adresse aussi, pour la bibliothèque de la Compagnie :

1° Un exemplaire du tome II des *Annales de l'Université de Bruxelles* (faculté de médecine) ;

2° Les livraisons 13 à 16 de l'ouvrage intitulé : *Bibliotheca belgica. — Bibliographie générale des Pays-Bas,* publiée par M. Ferd. Vander Haeghen;

3° Deux exemplaires du *Catalogue officiel de la section belge de l'Exposition internationale d'électricité de Paris* (1881);

4° Le 20e *rapport annuel* (1881) *de la commission de la Biographie nationale,* publié par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique.

— Le 19 juillet dernier, est décédé à l'âge de 83 ans, M. le dr Hertwig, professeur à l'École vétérinaire de Berlin, membre honoraire de l'Académie.

Les sciences médicales perdent en lui un des hommes qui, en Allemagne, se sont le plus préoccupés de leurs progrès.

— Quelques cartes d'invitation au congrès scientifique pour la propagation de l'éducation physique et citoyenne, qui a eu lieu à Namur, du 11 au 13 septembre courant, ont été adressées à la Compagnie et distribuées par le bureau.

— M. Boëns, empêché d'assister à la séance, adresse une lettre dans laquelle il déclare que son honneur et sa dignité l'obligent de relever une observation de M. Barella, reproduite dans le dernier n° du Bulletin de l'Académie.

« Dans la dernière réunion de la Compagnie, après mon départ, dit M. Boëns, M. Barella a renouvelé une accusation qu'il avait adressée, il y a plus de deux années, à un journal politique de Charleroi contre le service médical de la prison de cette ville, qui m'est confié. Il prétend qu'il y a eu dans cet établissement une épidémie de fièvre typhoïde, dont je n'aurais pas parlé; tandis que lui, sans jamais avoir visité le local, il serait parvenu à révéler l'existence de cette épidémie.

» J'ai opposé à cette assertion, ajoute M. Boëns, le démenti le plus formel dans la presse quotidienne, où elle s'est produite, et je me vois forcé de reproduire ce démenti devant l'Académie, où elle a été de nouveau portée. »

M. Boëns affirme qu'aucun détenu, ayant séjourné dans la maison d'arrêt cellulaire de Charleroi pendant une période continue de six semaines à plusieurs années, n'y a contracté de fièvre typhoïde; que tous les sujets, qui plus ou moins de temps après leur arrivée, temps variant d'un à quinze jours, ont été atteints de cette affection, ont été transportés dans un hôpital ou renvoyés chez eux, l'absence d'infirmerie ne permettant pas, de par les règlements officiels, de soigner dans la prison cellulaire cette catégorie de malades.

— Par lettre de ce jour — 24 septembre 1881 — M. Wielemans-Duflot, boulanger à Bruxelles, soumet à l'Académie un pain de gluten, à l'usage des diabétiques, qu'il fabrique dans son établissement. — La question de savoir s'il y a lieu de renvoyer cette communication à une commission est mise aux voix et décidée par la négative.

— M. Kuborn, membre titulaire, soumet à l'Académie de la part de l'auteur, M. le dr Léop. Dejace, à Flémalle-Grande, la relation manuscrite d'une épidémie de variole qui a sévi dans les communes de Flémalle-Grande et Flémalle-Haute, en 1880 et 1881, et demande que ce travail soit renvoyé à la commission des épidémies. — Adopté.

— MM. Degive, Thiernesse et Wehenkel adressent la liste des titres scientifiques de M. Zundel, vétérinaire supérieur de l'Alsace-Lorraine, à Strasbourg, et proposent à la Compagnie de s'associer ce savant en qualité de correspondant. — Renvoi à la commission *ad hoc*.

— Comme suite à l'envoi qu'il a fait à la Compagnie en 1869, M. Dessart, professeur à l'École de médecine vétérinaire de l'État, à Cureghem, fait hommage du 2d volume du *Traité de médecine légale vétérinaire*, qu'il a publié avec la collaboration de M. Thiebauld, avocat à la cour d'appel de Bruxelles, pour la partie juridique.

M. Dessart adresse, en même temps, l'exposé de ses titres scientifiques et renouvelle le désir d'être associé à l'Académie en qualité de correspondant. — Même renvoi.

— La même demande est faite par M. le dr Pereira de Abreu, à Rio de Janeiro, en adressant un numéro des *Annales brésiliennes de médecine* dans lequel est inséré son travail sur le potiron ou citrouille et ses propriétés thérapeutiques. — Même renvoi.

— M. Vanden Corput, correspondant, transmet une lettre de M. le dr Levi, médecin en chef et professeur libre de clinique médicale à l'hôpital de Venise, par laquelle ce savant fait hommage de neuf publications et sollicite le titre de correspondant de la Compagnie. — Même renvoi.

En adressant cette communication, M. Vanden Corput présente l'aperçu suivant des dites publications de M. Levi.

« Les premiers travaux de M. le dr Levi, publiés en 1864 sur la pathologie cellulaire et particulièrement sur la doctrine de l'inflammation, ont eu pour but d'exposer les théories de Virchow, et de les combattre en démontrant l'incertitude des observations d'anatomie histologique normale et morbide qui auraient dû en être la base, ainsi que l'impossibilité d'accepter les principes physiologiques et pathologiques que le célèbre professeur de Berlin a voulu en déduire. Passant en revue tous les travaux de physiologie et

de pathologie histologique publiés en même temps que ceux de Virchow ou postérieurement à ceux-ci, tant en Allemagne et en Angleterre qu'en France et en Italie, M. Levi, par une critique aussi détaillée que sévère, quoique toujours respectueuse dans la forme, démontra les erreurs de la pathogénie de Virchow et ébranla le premier en Italie, le système médical du professeur de Berlin. Ce travail dont l'importance fut reconnue en Allemagne même, y fut traduit dès 1865.

« En 1866, le dr Levi publia des expériences cliniques très intéressantes sur l'efficacité des injections sous-cutanées de morphine dans le traitement de l'asthme nerveux et cardiaque, devançant ainsi les recherches de M. le professeur Hirtz. Ainsi que l'a reconnu le dr Huchard dans son travail sur le même sujet, c'est à M. Levi qu'appartient l'initiative de cette méthode de traitement dans l'affection dont il s'agit.

« En 1871, M. Levi démontre par une série d'observations cliniques la fréquence du ténia mediocannellata à la suite de l'usage médical de la viande de bœuf crue et propose de substituer à celle-ci dans le traitement de la diarrhée athrepsique, etc., la chair crue de poulet ou de dinde, par la raison que l'on n'y rencontre jamais le cysticerque du ténia et que la digestibilité, ainsi que la valeur nutritive de cette viande, n'est nullement inférieure à celle de bœuf, si même elle ne surpasse pas celle-ci.

« Depuis 1868, le dr Levi s'est consacré à la fondation et au succès de l'hôpital marin de Venise (établi en mer, au Lido, pour les enfants scrofuleux pauvres). Il en fut pendant de longues années, à la fois le directeur, l'administrateur et le médecin en chef, et dans les rapports annuels qu'il a publiés sur cet utile établissement, depuis 1868 jus-

qu'en 1880, il a consigné bon nombre d'observations cliniques très remarquables. Dans un travail présenté au Congrès médical de Turin de 1876, il discute avec une compétence éclairée les importantes questions relatives à l'organisation et à la direction médicale des hospices marins, et c'est à M. Levi que l'hospice de Venise doit la médaille qui lui fut décernée par le Congrès international d'hygiène de Bruxelles.

« En 1877, à propos d'un cas très grave d'empoisonnement par les narcotiques, traité et guéri par la flagellation, M. Levi publia une intéressante monographie sur l'historique, sur les effets physiologiques et thérapeutiques ainsi que sur les indications de cet énergique moyen d'excitation des systèmes nerveux et vasculaires dont il démontre l'efficacité merveilleuse dans les cas de coma et de mort apparente. Il en discute les indications concurremment avec l'application des courants électriques, de la respiration artificielle, etc.

« Depuis qu'il est à la tête de l'hôpital de Venise, le dr Levi a publié un grand nombre d'observations cliniques fort intéressantes, entre autres sur deux cas de syphilis cérébrale; sur l'application locale du chloral dans l'angine diphtéritique; sur un cas de chorée rebelle traité par le chloral en lavements, puis par le zinc et la valériane; sur l'inefficacité du cuivre dans le diabète et sur un cas d'empyème chez une petite fille de 9 mois, qu'il guérit très rapidement par la ponction, suivie d'un drainage et d'injections intra-thoraciques d'une solution de sulfite sodique au 1/10e.

« Dans l'année courante, à la suite d'une analyse bibliographique qu'il avait publiée dans le *Sperimentale* des leçons sur l'hémoglobinurie *a frigore* de son savant ami le

professeur Murri de Bologne, M. Levi s'est engagé dans un très sérieux débat scientifique avec les professeurs Conti et Sylvestrini dont il avait cru devoir rejeter la thĕorie pathogénique sur l'affection de Dressler. Dans un mémoire critique très étendu, M. Levi réfute complètement cette théorie qui envisage la maladie de Dressler, comme devant être rattachée à une véritable néphrite transitoire consécutive à une hépatite parenchymateuse disséminée. Il démontre que les cas observés par MM. les professeurs Conti et Sylvestrini ne peuvent pas être comparés à ceux observés par Murri ou par ses devanciers. Il prouve que les premiers étaient des cas d'infection paludéenne à forme pernicieuse ou hystérohématurique et que dans la véritable hémoglobinurie *a frigore*, il faut admettre, avec le professeur Murri et avec Lichtheim, la congestion veineuse des reins et la dissolution des globules rouges sanguins dans les vaisseaux; il montre enfin que, dans les cas de Conti et Sylvestrini, l'hépatite n'était nullement prouvée ni même vraisemblable et que la syphilis jouait, dans un grand nombre de cas, un rôle très important au point de vue de l'étiologie, du pronostic et du traitement de la maladie.

« Je ne ferai que mentionner un très remarquable discours de M. Levi, lu à l'*Ateneo-Veneto*, sur *la certitude dans la médecine moderne*, et j'ajouterai, pour terminer cette rapide analyse des travaux de notre confrère vénétien, que tout récemment, dans les livraisons de juillet et d'août 1881 du *Sperimentale*, le dr Levi a publié une monographie très complète et très intéressante sur le spasme de la glotte chez les enfants. Il y rapporte un cas qui viendrait à l'appui des doctrines étiologique, pathogénique et thérapeutique du dr Flesch au sujet de cette maladie. »

— M. le dr Feigneaux, à Bruxelles, offre, pour l'Académie et ses membres, 50 exemplaires du compte rendu de l'*Inauguration du monument élevé à la mémoire du Dr Louis Laussedat, à Moulins (Allier), le 7 septembre courant,* compte rendu extrait du journal qu'il publie sous le titre : *L'Art médical.*

Le dr Laussedat, qui a habité longtemps Bruxelles, nommé, en novembre 1868, correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, fut promu à l'honorariat en décembre 1872.

Par son assiduité aux réunions de la Compagnie, dans lesquelles il prit souvent la parole, il démontra toute l'importance qu'il attachait aux titres qui lui avaient été successivement conférés.

— M. Depaire, membre titulaire, demande la parole et fait la communication suivante.

« J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, de la part de l'auteur, un exemplaire de l'ouvrage intitulé : *Manuel d'oxalimétrie ou méthode de titrages fondé sur l'emploi combiné de l'acide oxalique et du permanganate de potasse,* par M. Lalieu, pharmacien à Saint-Hubert.

» Cet ouvrage, composé à un point de vue essentiellement professionnel, s'adresse particulièrement aux pharmaciens.

» La première partie donne les renseignements généraux indispensables à connaître pour procéder aux titrages.

» La seconde partie traite des applications de la méthode d'analyse, développée par l'auteur. Elle est divisée en deux sections.

» La première comprend les essais fondés sur une réaction définie ; ils ont été appliqués au titrage de 59 produits chimiques employés en pharmacie et dans l'industrie.

» La seconde section comprend les essais fondés sur une réaction complexe ; l'auteur en a fait l'application à l'analyse de plusieurs eaux distillées médicinales, de plusieurs boissons et denrées alimentaires.

» La méthode oxalimétrique est des plus simples, puisqu'elle ne comporte que deux réactifs et quelques appareils faciles à comparer ; elle est précise, nette et rapide, comme le sont en général les procédés de l'analyse volumétrique.

» Malgré l'aridité du sujet, la lecture de l'ouvrage ne fatigue pas l'esprit, grâce à la netteté de la phrase et à la bonne disposition de l'ensemble.

» Les pharmaciens et en général les personnes qui, par la nature de leurs fonctions, sont appelées à constater la pureté des médicaments, des denrées alimentaires et des substances commerciales, y trouveront des renseignements très utiles, et les applications de la méthode oxalimétrique pourront être considérablement étendues.

» L'auteur est très connu du monde pharmaceutique par une série de travaux très variés, qui dénotent une intelligence active et des connaissances étendues ; si ces travaux ne sont pas parvenus jusqu'à nous, ce n'est pas à leur absence de mérite qu'il faut l'attribuer, mais à la modestie de l'auteur.

» Messieurs, on doit être reconnaissant envers les hommes animés de l'amour de la science, qui n'ont d'autre but que de faire profiter la société de leurs travaux ; mais lorsque ces personnes sont éloignées des centres scientifiques et livrées à leurs seules ressources, il me semble que la reconnaissance ne peut se borner à formuler des remercîments sous une forme banale. C'est pourquoi j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de remercier M. Lalieu de

son hommage et de manifester le désir de le voir entrer en relation avec notre Compagnie ». — Adopté.

MM. Janssens, à Bruxelles; Petit, à Paris; Martin, à Bruxelles; Thévenot, à Paris; Thiry à Bruxelles; Donders, à Utrecht; Pacini, à Florenc; Boëns, à Charleroi; Lemoigne, à Milan; Maisch, à Philadelphie; Wasseige, à Liége; Willems, à Hasselt; Badaloni, à San Leo; Charnaux, à Vichy; Collin, à Saint-Honoré; D'Arpe, à Lecce; William Muir, à Londres, et l'Institut Smithsonien, à Washington, offrent également des publications dont les titres sont indiqués au paragraphe : Ouvrages présentés.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs des travaux dont il lui est fait hommage.

— M. le président accorde la parole à M. Barella pour répondre aux observations faites par M. Boëns, dans la lettre qu'il a adressée à l'Académie et dont M. le secrétaire vient de faire l'analyse.

M. Barella s'exprime en ces termes :

« Messieurs, dans cette lettre, M. Boëns affirme qu'aucun détenu ayant séjourné dans la maison d'arrêt cellulaire de Charleroi pendant une période de six semaines à plusieurs années, n'y a contracté la fièvre typhoïde; que tous les sujets, qui, plus ou moins de temps après leur arrivée, temps variant d'un à quinze jours, ont été atteints de cette affection, ont été transportés dans un hôpital ou renvoyés chez eux, l'absence d'infirmerie ne permettant pas, d'après le règlement officiel, de soigner dans la prison cellulaire cette catégorie de malades.

» J'ai dit, messieurs, qu'il a régné une épidémie de fièvre typhoïde à la prison de Charleroi. M. Boëns le reconnaît et le nie à la fois, car s'il n'y avait pas eu de fièvres ty-

phoïdes, comment aurait-on pu envoyer les détenus atteints de cette maladie à l'hôpital ou à leur domicile?

» Il fallait donc qu'il y en eût. J'en ai eu, du reste, la preuve : j'ai eu à soigner des typhisés venant de la prison de Charleroi; d'autres confrères, à ma connaissance, ont été dans le même cas. Je répète qu'il n'existait pas de fièvre typhoïde à cette époque à Chapelle-lez-Herlaimont.

» M. Boëns reconnaît qu'il existe une latrine dans chaque cellule et il prétend que la variole peut naître spontanément à la prison de Charleroi, sous l'influence de cette cause; pourquoi pas la fièvre typhoïde? Les reclus de la prison de Charleroi seraient-ils, par le fait de leur réclusion, préservés de cette maladie? »

II. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

(M. Lefebvre est remplacé, au fauteuil de la présidence, par M. Kuborn, second vice-président.)

1. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. le dr MORA, à Brunehamel, relatif à l'alcoolisme. — M. BARELLA, rapporteur.

Messieurs, nous avons été chargés, Messieurs Martin, Kuborn et moi, de l'examen d'un mémoire envoyé au concours sur l'alcoolisme; mais ce mémoire n'ayant pu y être admis, parce qu'il était signé, l'auteur a consenti à ce qu'il soit considéré comme communication ordinaire.

Ce travail est très court,ce qui n'est pas toujours un défaut; mais il est très incomplet; il ne renferme rien d'ailleurs qui ne soit connu. Nous avons constaté, toutefois, que l'auteur fait suivre son travail d'un certain nombre d'obser-

vations qui lui sont personnelles et qui présentent de l'intérêt.

Nous avons aussi à signaler quelques inexactitudes. S'il est vrai que les Arabes introduisirent en Espagne la distillation de l'alcool et que d'Espagne Arnauld de Villeneuve importa en France, vers 1285, la connaissance de ce produit, il n'est pas moins vrai que l'alcool ne fut d'abord employé que comme un agent médicamenteux, et fut relégué dans les pharmacies où on eût dû le laisser.

M. Mora se trompe également, lorsqu'il dit que « Les Arabes surtout, qui connaissaient parfaitement la distillation et qui savaient retirer l'alcool du vin, propagèrent au loin la connaissance de ce nouveau produit et contribuèrent puissamment à introduire l'alcoolisme chez les individualités et les races humaines. » Ces lignes renferment une contre-vérité : d'une part, les Arabes et tous les vrais croyants de la religion de Mahomet sont très sobres; l'usage des vins et des liqueurs leur est interdit; ce qui prouve que l'auteur du Coran connaissait les dangers de l'alcool dans les pays chauds surtout, où la glace et le café conviennent mieux que les spiritueux. Probablement aussi qu'en sa qualité d'épileptique, Mahomet avait éprouvé sur lui-même ses effets fâcheux. Ce ne sont donc pas les Arabes qui ont propagé l'alcoolisme; cette calamité sociale, le dix-neuvième siècle a le droit de l'inscrire à son actif.

Ce sont surtout les armées permanentes qui ont propagé ce fléau; les guerres qui ont surgi à la suite de la grande révolution française, en mettant toute l'Europe sous les armes, en faisant de notre continent une immense caserne, ont créé, entre autres maux, l'abus des liqueurs fortes, abus qui s'est étendu du militaire au civil. Aussi longtemps qu'on

s'est borné à retirer l'alcool du vin, on n'a produit les spiritueux qu'en petite quantité, et l'usage en a été forcément limité. Aujourd'hui, c'est le contraire qui se produit; on ne retire plus l'alcool du vin, on l'y ajoute, et ce *vinage*, expression incorrecte qui sert à désigner l'adultération des vins, tend à rendre insalubre et dangereux l'usage d'une boisson réputée pour ses qualités toniques et bienfaisantes.

M. Mora remarque que c'est surtout depuis 1830 que la consommation de l'alcool est devenue excessive en France. C'est aussi vers cette époque que les alcools d'industrie ont commencé à devenir très répandus.

M. Mora se sert, à deux reprises, du mot *éthylisme* pour désigner l'*alcoolisme*. C'est là évidemment une dénomination très incorrecte. S'il existait des liqueurs alcooliques ne contenant d'autre alcool que l'alcool éthylique et dépourvues d'aldéhydes, d'éthers, etc., on devrait réserver le nom d'*éthylisme* aux accidents qui naîtraient de l'abus de ces liqueurs relativement assainies.

Nous savons qu'au Congrès de Paris de 1878 un médecin chimiste, M. Rabuteau, a voulu établir cette distinction entre un *éthylisme* qui serait relativement peu grave et un *amylisme* qui serait occasionné par l'alcool amylique, et qui serait le véritable alcoolisme; mais cette distinction, que l'on peut concevoir en théorie, n'existe pas dans la pratique. Même pour les besoins de la pharmacie, l'alcool dont on se sert, n'est autre que de l'alcool du commerce, plus ou moins rectifié. En Angleterre, on commence à lui substituer pour cet usage l'alcool éthylique pur. Il serait à désirer que nos pharmaciens en fissent de même, lorsqu'il s'agit de la préparation des substances médicamenteuses.

M. Mora écrit et répète dans son mémoire que « d'après

les observations nombreuses qui ont été faites dernièrement, le *delirium tremens* entre pour un cinquième dans la mortalité de chaque année. » Où donc a-t-il pu voir que le cinquième des décès fût dû au delirium tremens? Pour ce qui me concerne, depuis vingt ans que je pratique la médecine, et même d'une manière très active, au milieu d'une population peu sobre, je n'ai observé, en tout et pour tout, que trois cas de delirium tremens; encore un de ces cas était-il tout à fait fortuit et fût-il rencontré chez un étranger, un commis-voyageur de passage. Des deux autres cas de delirium tremens que j'ai pu constater, le premier s'est rencontré chez un travailleur, ivrogne de genièvre, atteint de variole confluente, et qui a guéri; le second, chez une femme travaillant à la journée, atteinte de fièvre typhoïde; cette malheureuse, sous prétexte qu'elle ne savait pas manger, buvait une bouteille de genièvre tous les jours. Elle succomba.

Je remarquerai, sous forme de parenthèse, qu'il existe souvent chez les femmes, à la puberté, lors des époques menstruelles et surtout à la ménopause, une appétence très forte pour les spiritueux, mais qu'elles savent mieux cacher que nous.

Un autre fait nous donne la clef de la rareté du delirium tremens au sein de la population au milieu de laquelle j'exerce la médecine, c'est la rareté de l'hystérie, sous forme d'attaque, chez les jeunes filles et les femmes de nos houilleurs. On ne rencontre guère un peu d'hystérie chez ces femmes qu'à l'époque de la ménopause, et même plus tard.

Dans certains milieux sociaux, l'équilibre qui doit normalement exister entre le système nerveux de la vie organique et le système nerveux de la vie de relation est troublé

dans un sens ou dans l'autre; tantôt c'est le système cérébro-spinal qui l'emporte; tantôt c'est la vie végétative. L'explication de ce fait réside dans le degré plus ou moins grand d'activité des facultés psychiques. Le houilleur passe une partie de sa vie sous terre; son instruction est nulle ou à peu près; la faculté de penser sommeille chez lui, le cerveau est peu excitable; l'œil est atone; la figure sans expression; qu'y a-t-il d'étrange à ce que chez ces ouvriers l'activité du système nerveux se porte vers la vie végétative; à ce que les délires de toute espèce, y compris l'alcoolique, soient beaucoup moins communs chez lui que chez d'autres personnes dont le cerveau travaille toujours, même pendant le sommeil?

M. Mora dit un mot de cette forme latente de l'alcoolisme que l'on rencontre chez des gens peu occupés de la classe aisée qui s'élèvent, au besoin, contre l'ivrognerie des classes pauvres, qui prennent des liqueurs et du vin tous les jours en quantité abusive, mais sans aller jusqu'à l'ivresse, et qui s'indigneraient bien fort et se fâcheraient tout rouges, si on les traitait d'alcoolisés. Cette catégorie est beaucoup plus nombreuse qu'on ne le pense. Chez ces personnes l'alcoolisme se décèle par des troubles localisés de la motilité, de la sensibilité et de la calorification, par exemple, des *crampes* ou des *puces* la nuit, des tiraillements dans les membres, des soubresauts de tendons, etc. La plupart du temps ces symptômes sont mis sur le compte du rhumatisme ou de névralgies rhumatismales. Un avocat de Bruxelles allait tous les ans à Saint-Amand prendre des bains de boue pour ses rhumatismes; depuis qu'il a renoncé au Bourgogne, sa sciatique a disparu et les bains de Saint-Amand sont devenus inutiles.

A propos d'un synode qui s'est tenu en Prusse, l'auteur soulève la question si grave de l'interdiction des alcoolisés dont il y a été question, et dont notre honorable confrère M. Petithan a entretenu le Congrès de médecine d'Amsterdam et le Congrès de l'alcoolisme de Bruxelles.

On sait qu'il a été créé en Amérique et dans les Iles Britanniques, dans ces dernières années, des asiles, dus à l'initiative privée, à l'usage des buveurs et des buveuses.

M. Achille Foville fils a tracé, d'après Bucknill, un tableau curieux, mais un peu chargé, des asiles américains d'alcoolisés. Ces asiles avaient fait l'objet d'un examen, assez superficiel, paraît-il, de la part du docteur Bucknill, ex-commissaire du lord chancelier, chargé de la protection des intérêts des aliénés en Angleterre. A part le *Franklin Home* pour la *réforme* des ivrognes du docteur Harris, de Philadelphie, dont il fait l'éloge, le médecin anglais regarde les autres établissements américains du même genre comme n'étant guère qu'une mystification. Il les traite d'hôtelleries du grand monde, où des dévoyés riches vont faire une saison de tempérance forcée, comme chez nous on va aux eaux. Ce rapport a grandement scandalisé les partisans américains de ces asiles, et, même en Angleterre, il a rencontré peu de créance. Aussi l'Association britannique *for promoting legislation for the control and cure of habitual drunkards* ne s'est-elle pas contentée des assertions de M. Bucknill et a-t-elle envoyé, au Canada et aux Etats-Unis, pour étudier à son tour ces établissements singuliers, le regretté M. Stephen Alford, l'un des plus savants et des plus dévoués de ses membres, que nous avons eu l'honneur de posséder à notre Congrès de Bruxelles. Ce philantrope distingué est arrivé à des conclusions bien différentes.

Son opinion leur est beaucoup plus favorable que celle du docteur Bucknill, qui semble avoir voulu faire plutôt une critique piquante de quelques travers qu'il lui a été donné de voir dans une course rapide, que de se renfermer dans le rôle d'un analyste froid et impartial. M. Stephen Alford avait conçu le projet de créer à Londres un asile de l'espèce; sa fin inopinée ne le lui a pas permis.

Nous apprenons, d'autre part, qu'un M. Wegener vient de fonder à Deutsch-Wilmersdorf, près Berlin, une maison de santé pour les buveurs d'habitude, dont la direction médicale a été confiée au docteur Baër, de Berlin, bien connu par ses travaux sur l'alcoolisme. Les prix de pension ont été fixés à 300 marcs par mois, pour la première classe, à 250, pour la deuxième classe et à 180, pour la troisième.

Lorsque l'on songe que beaucoup de crimes, et des plus atroces, n'ont d'autre raison d'être que la monomanie homicide, subitement éveillée, d'un individu chroniquement alcoolisé, on a le droit de se demander si la société n'a rien à faire pour se protéger contre des faits pareils. On a vu des alcoolisés assassiner sans motif aucun des gens qu'ils ne connaissaient pas, poussés par une hallucination quelconque qui les portait à verser le sang. D'autres commettent des incendies ou des actes d'une révoltante bestialité. D'aucuns se détruisent, les hommes le plus souvent par la pendaison, les femmes par la noyade.

L'individu chroniquement alcoolisé est donc un être dangereux; il l'est d'autant plus que le danger peut naître subitement, sans que l'on en soit prévenu ou averti par un symptôme quelconque. Dans son intérêt, comme dans celui de sa famille et de la société dont il n'est pas l'ornement, c'est un être à mettre en lieu sûr.

Retirer pendant quelque temps de la société un individu, trop faible pour résister à un penchant ignoble, le placer, avec toute la discrétion voulue, dans un établissement qui ne soit ni un hôpital, ni une prison, ni une maison d'aliénés, mais un établissement spécial, *sui generis*, où il ait le temps de se guérir de ce vice abject et des désordres de toute espèce, s'il en est encore temps, que l'alcool a produits dans son organisme, ce serait, me semble-t-il, une mesure de préservation sociale d'abord, et un immense bienfait pour ces malheureuses victimes, ensuite.

Mais peut-on se demander, qui provoquera cette séquestration? Quelle en sera la durée? Sera-t-elle *possible*, *facultative*, *obligatoire*? Toutes questions plus faciles à poser qu'à résoudre. Le problème est ardu; il mérite un examen approfondi; la solution pratique est difficile à donner en ce moment.

Quelques écrivains se sont apitoyés sur le sort de ces pauvres buveurs; ils ont élevé leur vice à la hauteur d'une maladie réclamant les soins de la philanthropie. C'est là une exagération regrettable; l'ivrogne, en général, ne peut être considéré comme un malade, un être intéressant digne de toute sollicitude, *res sacra miser*, c'est un homme à corriger, plutôt qu'un malade à guérir. Mais, à côté de l'ivrogne proprement dit, il y a le dipsomane. Celui-ci est un véritable aliéné qui a droit à la maison de fous, au même titre que tous les autres aliénés. Seulement, les dipsomanes, comme nous le disons plus loin, étant généralement calmes et lucides lorsqu'on les met dans l'impossibilité de boire, il en résulte que leur présence dans ces maisons est une cause d'insubordination et d'indiscipline, ces malades se considérant comme des personnes qui ont été sé-

questrées arbitrairement. Aussi, y aurait-il lieu de rechercher si les dipsomanes ne devraient pas être confinés dans des asiles spéciaux.

J'ai reçu, il y a quelques jours, de M. le dr Mason, médecin de l'*Inebriate 's Home*, Fort Hamilton, Long Island, à quelques milles de New York, trois mémoires, très intéressants relatifs à un établissement pour alcoolisés dont il est le médecin (1). Cet établissement se trouve dans un site magnifique; il a vue sur l'Océan; il a tous les caractères d'une *country residence*, c'est-à-dire d'une maison de campagne, d'une villa. Le jardin est un immense jardin anglais, semé de bocages; les fleurs les plus belles, les plus variées, se rencontrent à profusion le long des sentiers qui sont entretenus avec le plus grand soin. La maison est une construction monumentale, largement pourvue de tout ce qui peut rendre la vie agréable. C'est que parmi les hôtes de Fort Hamilton, on rencontre des hommes et des dames appartenant aux classes les plus opulentes, aux positions les plus élevées, aux professions les plus instruites; il y a parmi eux des hommes de loi, des médecins, des banquiers, des manufacturiers, voire même des *clergymen*. La salle de lecture possède un nombre considérable de journaux, outre ceux auxquels les gentlemen s'abonnent. Je remarque, non sans quelque surprise, que le tabac et le cigare ne sont nullement interdits. Chacun des hôtes va et vient à sa guise; les uns jouent au billard, au domino; d'autres au

(1) Dr Théodore Lewis MASON. — *Inebriety, a disease.* Fort Hamilton, 1877. (Discours prononcé au Congrès de Chicago de l'Association américaine pour la cure des ébrieux *The american association for the cure of inebriates.*) — *Thirteenth annual report of the President of the Inebriate 's home, Fort Hamilton, for the year* 1880. Fort Hamilton, 1881. — *Astatistical report of two hundred and fifty-two cases of inebriety healed at the Inebriate's Home, Fort Hamilton; April* 1881.

croquet ; celui-ci savoure un havane ou un manille au milieu de la douce fraîcheur d'un bosquet impénétrable aux rayons du soleil ; cet autre se plaît à admirer le spectacle, si plein d'animation, des nombreux steamers qui sillonnent la mer en tout sens ; cet autre encore, d'un caractère moins communicatif, moins « *companionable* » se réfugie à sa chambre où il parcourt les nouveautés littéraires, les romans en vogue. Bref, la vie ne paraît nullement dure aux *boarders* ou pensionnaires de la maison d'ébrieux, à Fort Hamilton.

Pour les repas, les uns se mettent par petits groupes ; d'autres les prennent seuls; chacun s'arrange comme il l'entend. La maison a des salles de bains, une salle de concert, une chapelle, où les ministres des différents cultes viennent célébrer les offices pour leurs adeptes et donner des instructions.

A côté de ces boarders, mais non confondus avec eux, se trouvent des détenus pauvres qui sont placés dans l'établissement par l'Etat de New York; l'entretien de ces indigents n'est pas à la charge de la communauté. L'ivrognerie venant du cabaret, la législature de l'Etat de New York a conclu logiquement que c'était au cabaret, par ses patentes, à supporter les frais d'entretien de ces buveurs indigents.

Du 1er novembre 1879 au 10 septembre 1880, 250 cas d'ivrognerie ont été traités par le d^{r} Mason dans son asile. De ces 250 personnes, 55 avaient reçu une instruction plus qu'ordinaire.

M. Mason regarde l'*hérédité* comme la cause principale du vice ébrieux. Il signale aussi les rapports qui existent entre l'ivrognerie et l'aliénation mentale.

Dans 13 cas, le père était ébrieux ;

Dans 113, le fils est ébrieux ;

— 152, le fils est aliéné ;

— 139, le père est aliéné ;

— 159, le fils est ébrieux ;

— 239, le père est ébrieux, le fils, ébrieux, la sœur, aliénée ;

— 190, la mère est buveuse, le fils, buveur, la sœur, aliénée.

De ces 252 personnes, 202 usaient du tabac.

Dans 216 cas, la tendence à l'ivrognerie prit naissance entre 15 et 35 ans.

39 des alcoolisés avaient déjà subi un traitement antérieur dans l'asile.

La durée des habitudes d'ivrognerie était de plus de 5 ans chez 163 et de plus de 10 ans chez 103.

Il y avait 162 cas d'ivrognerie habituelle, 90 d'ivrognerie périodique (dipsomanie).

Les 162 cas d'ivrognerie habituelle comprenaient 135 hommes et 27 femmes, les 90 cas d'ivrognerie périodique 73 hommes et 17 femmes.

La dipsomanie a paru se montrer le plus fréquemment à des intervalles de quatre mois, de six mois, d'un an.

M. Mason regarde les accidents de tête comme étant une cause excitante assez commune de la dipsomanie.

Un septième de ses pensionnaires devint dipsomane, à la suite de contusions, de plaies de la tête, de traumatismes divers de la boîte crânienne.

De ces cas, 12 étaient des *fractures de crâne* (?) (*fractures of the skull*) ; dans 4 de ces cas, il y eût nécrose partielle d'os du crâne ; 22 eurent des commotions cérébrales, plus ou moins violentes. De ces 34 cas de dipsomanie (?), 27 étaient

des cas de dipsomanie à forme continue, les 7 autres, de dipsomanie périodique ou intermittente. Dans tous ces cas, le buveur avait fait un usage modéré de l'alcool avant l'accident.

D'après M. Mason, des causes éloignées, par l'action réflexe qui en résulte sur l'axe cérébro-spinal, peuvent engendrer la dipsomanie. Il cite un cas de dipsomanie consécutive à un rétrécissement de l'urèthre et qui céda après l'incision du rétrécissement. Dans un autre cas, la dipsomanie était compliquée de ténia solium, et dans un troisième de nécrose du tibia. Les sources d'irritation réflexe ayant été enlevées, les attaques de dipsomanie ne se reproduisirent plus.

La syphilis, surtout à des époques avancées, alors que le système nerveux est infecté, serait une autre cause de dipsomanie par les lésions qu'elle entraîne du côté du cerveau.

Parmi ces 252 cas, il y avait 20 épileptiques; 3 étaient des épilepsies d'origine traumatique, 2 étaient dus à l'insolation, les 15 autres à l'alcool.

93 personnes eurent 182 attaques de delirium tremens; 9 avaient tenté de se suicider avant leur entrée à l'asile; 1 avait tenté de commettre un homicide.

M. Mason insiste pour que, dans la prognose des accidents de tête, on n'oublie jamais l'éventualité de la dipsomanie.

Un très petit nombre de ses clients a succombé à des maladies organiques dont ils étaient atteints antérieurement à leur admission dans l'établissement.

M. Mason déclare que, pendant l'année 1880, il a obtenu 70 % de guérison chez ses dipsomanes. Nous avons de bonnes raisons, nous le dirons plus loin, pour croire qu'il s'est fait illusion.

M. Mason regarde tous ses ivrognes comme des *malades*;

c'est aller un peu loin ; il les confond tous sous le nom de *dipsomanes*, ce que nous n'admettons pas.

La dipsomanie, souvent héréditaire, quelquefois sous la dépendance d'affections ou de désordres d'autres organes, comme il arrive si souvent en médecine mentale, aurait, d'après M. Mason, pour caractéristique, l'affaiblissement de tout le système nerveux.

Du côté du cerveau, elle se traduirait par des lésions matérielles dont l'expression mentale serait la diminution de la faculté de vouloir, la perte plus ou moins complète du libre arbitre. Le dipsomane, dans ses intervalles lucides, est honteux de son état ; il gémit, il pleure, il prie, il fait de vains propos de s'amender ; mais lorsque son accès le prend, s'il rencontre son ennemi, il lâche pied, il succombe sans avoir essayé de résister. Il est atteint de ce qu'on peut appeler *moral insanity*.

Le traitement que M. Mason institue a pour but de rendre du ton à l'économie entière ; il supprime l'excitation malsaine de l'alcool et prescrit un régime nutritif, sobre et doux. En même temps, il traite les affections concomitantes. Une vie calme, dans un air pur, dans un site charmant, la vie en plein air autant que possible, une *contrainte* qui n'est pas bien dure, puisque le dipsomane, à part la privation de l'alcool, peut passer agréablement sa journée dans un jardin délicieux ou dans un hôtel élégant, muni de tout le confort désirable, voilà tout le traitement. Parfois, lorsque le *malade* a repris ses forces, M. Mason prescrit, on outre, une certaine somme de travail physique, manuel. Enfin, les influences religieuses et morales viennent en aide à ce traitement.

Parmi les sujets qui ont pu être rendus en bon état à

leur famille, il y en avait qui avaient contracté des *opium habits*, c'est-à-dire l'habitude de fumer l'opium ; c'était des êtres doublement dégradés.

Les limites exactes de l'ivrognerie et de la dipsomanie ne sont pas nettement tracées dans la plupart des ouvrages qui s'occupent de l'alcoolisme. On nous permettra donc d'insister un moment sur les caractères qui les différencient. La dipsomanie, dit M. Achille Foville fils, est un état pathologique dans lequel la liberté morale étant abolie ou au moins compromise, le malade est poussé malgré lui, par un entraînement morbide et irrésistible, à boire avec excès des liqueurs enivrantes ; elle constitue donc une forme particulière de délire partiel. Les ivrognes, dit encore M. Trélat, sont des gens qui s'enivrent lorsqu'ils trouvent l'occasion de boire ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend.

Nous ne saurions, pour notre part, reconnaître le caractère d'impulsion morbide irrésistible, à la forme continue, ni à la forme régulièrement intermittente, dont seraient soi-disant atteints les ouvriers qui s'enivrent invariablement tous les lundis ; ce ne sont là que des ivrognes de parti pris qui s'enivrent à jours fixes, parce qu'il leur plaît de s'enivrer.

Les formes réellement pathologiques, écrit M. Foville, ont pour caractère commun de présenter des retours plus ou moins régulièrement périodiques, d'accès ou paroxysmes, pendant lesquels les malades ne cessent de boire, et qui sont séparés par des intervalles de sobriété absolue ou relative.

La dipsomanie a des prodromes : le caractère se modifie, il devient mobile et inquiet ; il se produit un état général de

tristesse et de dégoût, accompagné d'anxiété épigastrique, d'aigreurs et quelquefois de vomissements. Le malade se plaint d'un sentiment de faiblesse générale, comme s'il allait tomber en défaillance. L'idée de boire des spiritueux se présente alors à son esprit, comme un remède à cet état d'affaiblissement et d'anxiété; les premières libations amènent, en effet, un sentiment de bien-être et de soulagement; mais cette amélioration n'est que passagère; les mêmes accidents se reproduisent presque aussitôt et sont combattus de la même manière; le besoin de boire se renouvelle sans cesse; la satisfaction donnée à ce besoin, au lieu de le calmer, ne fait que le rendre plus exigeant; une fois sur cette pente, le dipsomane ne s'appartient plus et, à tout prix, il se livre à ce funeste entraînement.

La durée de ces accès est très variable; Esquirol en cite qui duraient plusieurs mois. La durée des intervalles de sobriété est aussi très variable, mais elle surpasse d'ordinaire celle des accès; dans certains cas, ils ne surviennent qu'une fois par année, et assez souvent en automne; d'autres malades en ont deux ou trois par an; Salvatori et Bruhlcramer en ont observé plusieurs, dont les accès duraient exactement six jours et étaient séparés par des intervalles de même longueur. On cite des cas, chez des femmes, où les accès de dipsomanie survenaient en même temps que le flux menstruel. A mesure que la maladie devient plus ancienne, les accès tendent à se rapprocher et les intervalles de santé se réduisent d'autant.

Esquirol et Marc considèrent la dipsomanie comme une entité morbide distincte, comme une véritable monomanie, Foville, Morel, Griesinger, Skaë, Forbes, Winslow, Trélat, la regardent comme un symptôme dépendant d'une affec-

tion générale. D'autres variétés de manies s'accompagnent, en effet, d'impulsions irrésistibles à commettre des actes déraisonnables, dépravés ou coupables. Plusieurs de ces impulsions irrésistibles peuvent se rencontrer en même temps dans les manies intermittentes. En même temps que la fureur de boire, on peut rencontrer quelques-unes des impulsions suivantes : impulsion irrésistible au vol, à l'incendie, au meurtre, au suicide, à la profanation des cadavres; boulimie, pica, nymphomanie, fureur utérine, satyriasis. Salvatori cite des femmes qui, dans leurs accès, joignaient la fureur utérine à la dipsomanie. Esquirol parle d'une idiote qui était prise en même temps d'un besoin irrésistible de boire des spiritueux et de la tendance de mettre le feu. Ces exemples pourraient être facilement multipliés. La dipsomanie ne serait donc qu'une forme de névrose ou de folie impulsive à accès remittents, et cette névrose comprendrait différentes variétés, caractérisées chacune par des entraînements spéciaux, points de départ de chaque série d'actes morbides.

Il importe de ne pas prendre pour de la dipsomanie la tendance à boire que l'on remarque au début de certaines maladies mentales, dans la période d'excitation. Ici la dipsomanie n'est que l'effet.

La plupart des auteurs, contrairement à M. Mason, s'accordent à représenter la dipsomanie comme à peu près incurable, surtout lorsqu'elle se lie à une prédisposition héréditaire ou à d'autres anomalies nerveuses. Trélat dit qu'il a vu guérir des ivrognes, mais jamais un seul dipsomane.

Le dipsomane étant un véritable aliéné a droit à l'internement dans un asile d'aliénés; mais en fait cet internement n'est pas facile. L'accès une fois passé, le dipsomane

est relativement calme et lucide; le séjour de l'asile ne lui permettant plus de boire avec excès, il pourra, pendant longtemps, ne plus donner aucun signe de délire. Qu'on le mette en liberté, la maladie reprenant son cours, le poussera à de nouveaux excès qui nécessiteront sa réintégration dans l'asile.

Il est de ces malades qui ne font, en quelque sorte, qu'entrer dans les asiles d'aliénés et en sortir, et l'on peut dire avec raison qu'ils ne sont sensés que lorsqu'ils sont séquestrés.

Il résulte, de tout ce qui précède, qu'il est très important, au point de vue social comme au point de vue juridique, légal, d'établir la distinction qui sépare le vice-ivrognerie de la folie-ivrognerie, le buveur de l'aliéné. Le premier est un être faible, qui boit par entraînement, par désœuvrement, ou pour tout autre motif; le second est un être chez qui il y a suspension de la volonté, lésion du libre arbitre, et, d'ordinaire encore, d'autres névroses, parfois des tics, des spasmes, du strabisme, de l'épilepsie, de la bizarrerie dans le caractère; parfois aussi, il compte des aliénés dans ses ascendants. Le dipsomane est irresponsable, parce qu'il est aliéné; l'ivrogne ordinaire est parfaitement responsable, parce qu'il n'est que vicieux. Il cotoie la lisière de la folie, mais souvent il ne la franchit pas : il s'arrête à l'abrutissement.

Examinons maintenant ce que les divers gouvernements ont fait pour la répression de l'ivrognerie.

Depuis 1873, la France a fait sa loi. Les Etats-Généraux de Hollande ont adopté dans leurs séances du 24 mai et du 20 juin de cette année, la loi qui figure, à l'état de projet, dans le compte rendu du Congrès de Bruxelles de 1880.

Dans ce pays, grand producteur d'eau-de-vie, la loi n'a rencontré que 11 opposants, 4 dans la première Chambre, 7 dans la seconde. Elle entrera en vigueur le 1er novembre.

Une loi de l'espèce fonctionne en Australie. Un projet de loi vient d'être soumis à la Chambre des représentants des Etats-Unis par un de ses membres les plus influents.

En Allemagne, la loi sur la répression de l'ivresse a été votée en seconde lecture au Reichstag; mais comme la session a été close, avant que le projet de loi ne pût venir en troisième lecture, et que le Reichstag vient d'être soumis à de nouvelles élections, le projet devra être représenté à l'assemblée.

L'*Association belge contre l'abus des boissons alcooliques* va saisir également nos Chambres d'une pétition qui a pour objet d'attirer leur attention sur la nécessité de la répression de l'ivrognerie. L'Académie royale de médecine de Belgique, qui a jugé avec raison que la question de l'alcoolisme devait faire l'objet d'un concours, voudra bien, nous l'espérons, lui prêter en cette circonstance l'appui individuel de chacun de ses membres, surtout de ceux que nos Chambres ont l'honneur de posséder (1).

Il me reste, Messieurs, à vous dire un mot d'une espèce

(1) Voir in *Annales de législation comparée*, 1880, ou dans la *Tempérance (Bulletin de la Société française de tempérance)*; année 1881, pp. 64 et suivantes, les documents suivants : *Empire d'Allemagne : Loi du 23 juillet 1879, id., Projet de loi sur l'ivrognerie. — Grande-Bretagne : Loi du 3 juillet 1879, pour faciliter la surveillance et le traitement des ivrognes. — Canton de Bâle : Loi relative aux auberges et au commerce de boissons spiritueuses. — Suisse : Règlement du Conseil d'Etat du 25 novembre 1879. — Canton de Fribourg : Arrêté du 10 décembre 1879. — Province de Québec : Loi relative aux débits de boissons.* — Voir aussi : *Etudes sur les législations européennes, relatives aux débits de boissons alcooliques;* par Metman, substitut du procureur-général à la Cour d'appel d'Orléans.

particulière d'alcoolisme, l'*alcoolisme latent professionnel*, sur lequel M. le dr Luton, de Rheims, a appelé l'attention. Il s'agit de l'alcoolisme qui se déclare chez les tireurs de vins, les ouvriers cavistes, les chefs de cave, chez les personnes en un mot qui se trouvent pour ainsi dire constamment dans une atmosphère d'alcool, par suite des exigences de leur profession. Le poison s'insinue chez eux par tous les pores, incessamment, toujours; c'est une intoxication intime, du genre de l'intoxication saturnine, et en général des intoxications professionnelles.

D'après M. Luton, on posséderait dans la noix vomique, dans la strychnine, un remède héroïque contre l'alcoolisme, dans ses manifestations les plus redoutables, telles que *delirium tremens*, simple ou compliqué de traumatisme, d'entérite, de pneumonie, etc., et le pouvoir de la noix vomique ne s'arrêterait que devant la désorganisation régressive des tissus (1).

M. Luton conseille à tout individu placé sur le chemin de l'alcoolisme de se soumettre, sous la direction d'un médecin, à une cure strychnique de quelques jours.

Le dr Morey, dans le *Pacific medical journal*, donne l'histoire d'un alcoolisé qui prenait de la strychnine après chaque débauche, et alors qu'il était sous le coup d'une attaque de delirium tremens. Il usait de ce remède, dit-il, avec aussi peu de soin que s'il se fût agi de simple sel. La quantité exigée répondait à la longueur du temps pendant lequel il avait bu et à la quantité de whisky qu'il avait absorbé. Je fus frappé, ajoute-t-il, du pouvoir merveilleux qu'avait ce poison de le rendre complètement sobre et de laisser son économie si entièrement dégagée de tout trouble

(1) Luton, *Le mouvement médical*, 1873.

nerveux, sans rougeur ni bouffissure de la face, et aussi sans le regard hébété et l'estomac irritable de l'ivrogne.

Après une débauche de boisson d'environ deux semaines, avec tous les symptômes précurseurs du delirium tremens, il se leva le matin, l'esprit lucide, les yeux brillants, le teint frais et clair; il avait toutes les apparences d'un homme dans un parfait état de santé et de vigueur; il déjeûna d'aussi bon appétit que d'ordinaire, puis il alla à son travail comme s'il n'eût jamais pris une goutte de whisky dans sa vie.

Nous ne garantissons pas, bien entendu, la véracité de ce récit américain; nous le rapportons à titre de renseignement.

M. Luton conseille de donner le remède dans le poison, c'est-à-dire d'ajouter aux amers un peu de noix vomique ou de strychnine.

Quant aux liqueurs, dont on ne saurait impunément altérer la saveur, vin, cognac, kirsch, etc., on les laisserait telles qu'elles sont, mais on leur opposerait, à titre d'atténuant, une liqueur qualifiée d'antialcoolique, que l'on prendrait par précaution, à la suite de certains excès.

Est-il besoin de déclarer, Messieurs, que je ne crois pas à l'efficacité de la noix vomique ou de la strychnine contre l'alcoolisme; je pense que ces médicaments peuvent simplement venir en aide, jusqu'à un certain point, aux fonctions digestives troublées par l'alcool, mais voilà tout. Les individus que leur profession expose d'une manière continue aux émanations de l'alcool doivent chercher ailleurs. Il serait, du reste, profondément regrettable que l'on découvrît un agent qui fût pour les buveurs un encouragement à l'ivrognerie.

Messieurs, je pourrais vous citer quelques spécimens du style de M. Mora et vous montrer qu'il manque parfois de simplicité, qu'il est emphatique, que ce travail a plutôt les caractères d'une conférence populaire que d'un mémoire académique, surtout d'un mémoire de concours. Je crois la chose inutile.

La commission vous propose messieurs :

1° De voter des remerciements à M. Mora;

2° De déposer honorablement son mémoire aux archives.

— Adopté.

(M. Lefebvre reprend la présidence.)

2. RAPPORT de la commission qui a examiné le mémoire de M. le dr FÉLIX, à Bruxelles, portant pour titre : De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phthisie pulmonaires. — M. KUBORN, rapporteur.

Messieurs, le volumineux mémoire que l'Académie nous a chargés, M. Masoin et moi, d'examiner est divisé en quatre chapitres :

1° Action physiologique du phosphore; ses effets à doses thérapeutiques, à doses toxiques.

2° Effets dans le traitement de la tuberculose, etc..., observations diverses.

3° Indications et contre-indications de la médication phosphorée; considérations sur la phthisie; sa période d'incubation, ses causes, etc.; médication phosphorée et observations; conclusions.

4° Considérations générales sur le régime et l'hygiène des tuberculeux.

Pour montrer les effets physiologiques du phosphore pur, à doses minimes, 0gr,005, par exemple, l'auteur présente deux observations. Il s'agit, dans la première, d'un sujet atteint de chloro-anémie; de bronchite emphysémateuse dans la seconde.

De ces deux observations, qui en résument beaucoup d'autres, l'auteur conclut que le phosphore absorbé agit :

1° Sur le sang, qu'il modifie *directement, sans se combiner;*

2° Sur le système nerveux grand sympathique;

3° Mais non spécialement sur les fonctions génésiques;

4° Qu'il est le plus puissant excitant de la nutrition;

5° Que son action est propre, directe et non pas due à ses dérivés.

Il s'appuie beaucoup sur des expériences ou appréciations de Morgenstern, Lœbestein-Lobel, Guilio, Lemaire, Gautier, Bauer, Nothnagel, Gubler, Crocq, Thiernesse, Vanlair, etc.

I

L'auteur, page 19 de son mémoire, écrit : « On voit combien l'étude de l'action toxique d'un agent quelconque et de son traitement peut donner d'éléments scientifiques certains pour l'emploi *de cet agent à doses thérapeutiques*, etc. »

Il aurait évidemment donné à ses conclusions la plus éclatante des consécrations, si, au lieu de se borner aux résultats de la méthode expérimentale, il avait interrogé aussi les faits fournis par la clinique et l'analyse médico-légales.

Que le phosphore *très divisé, à dose très minime*, puisse

être absorbé en nature, pour être ensuite transporté dans des organes où il n'a pu pénétrer que par la voie de la circulation générale, nul n'y contredit plus. Des expériences instituées à propos d'un cas d'empoisonnement, rapporté dans un mémoire discuté à l'Académie de médecine de Paris le 14 juin 1859, a mis ce fait hors de doute.

Que convient-il de rechercher dans le cas d'empoisonnement? L'acide phosphoreux? Cette combinaison est bien instable. Mais l'acide phosphorique n'existant pas à l'état libre dans l'organisme, si l'on y retrouve ce composé binaire, d'où peut-il provenir, sinon de l'oxydation du phosphore?

Or, on rencontre, dans les intoxications, de notables proportions d'acide phosphorique libre, mélangé de phosphate ammonique, tandis que dans le tube digestif existent de nombreux dépôts de phosphate ammoniaco-magnésien.

Ces faits ont été pertinemment relevés par M. Mialhe, dans la discussion du rapport de MM. Tardieu et Roussin sur un empoisonnement par le phosphore, survenu à Condom. Des débats qui eurent lieu à cette occasion, dans la séance du 11 juin 1868 à la Société de médecine légale de Paris, l'éminent toxicologiste dégagea cette conclusion : que la présence de l'acide dans les organes ne peut être rapportée qu'à l'oxydation du phosphore.

Un sujet empoisonné par le phosphore est admis dans le service de M. Gallard, à la Pitié. Il décède au septième jour de l'intoxication. A l'autopsie, on ne trouve pas de trace de phosphore sur la muqueuse gastro-intestinale, pas la moindre odeur alliacée, mais une odeur aigre émanant du liquide stomacal. Pas plus que dans l'empoisonnement rapporté plus haut, l'appareil de Mitscherlich ne donna lieu

à la formation d'une lueur, alors que des contre-essais produisirent des anneaux lumineux très apparents. Ce résultat négatif serait-il dû à ce qu'en sept jours le phosphore aurait eu le temps de s'oxyder? M. Gallard incline vers cette hypothèse.

D'autre part, à l'occasion de l'empoisonnement la Martinie, de Scarlat, affaire qui a soulevé, il y a trois ou quatre ans, un procès mémorable devant la cour d'assises de Bordeaux, MM. Georges Bergeron et Louis L'hote ont institué des expériences comparatives d'où il résulterait que la proportion plus ou moins grande d'acide phosphorique n'aurait aucune valeur comme signe d'empoisonnement.

Sans doute les accidents ne semblent pas devoir résulter de la présence dans l'économie, à l'état de dilution, de l'acide phosphorique; son action intoxicante n'est ni plus ni moins puissante que celle des acides sulfurique, azotique ou chlorhydrique dans les mêmes conditions. Mais la question est autre; pour dénier à la présence de l'acide phosphorique, coxeistant ou non avec le phosphore dans les liquides de l'organisme, une valeur positive, probante, il faudrait : 1° en reconnaître l'existence à l'état normal dans l'économie; 2° démontrer ce qu'est devenu ce phosphore absorbé, dans les cas où l'on ne retrouve pas, dans les empoisonnements, de trace de ce métalloïde en nature.

Ajoutons encore que, dans l'intoxication par le phosphore, la quantité des phosphates dans l'urine dépasse la dose normale (Beale).

L'opinion de MM. Bergeron et L'hote serait peut-être plus fondée, si l'hypothèse gratuitement mise en avant par Benke était réelle, à savoir que, sous l'influence de l'acide du suc gastrique, il se formerait de l'acide phosphorique

libre ou des phosphates acides aux dépens des phosphates alcalins de l'alimentation. Mais rien n'est moins démontré.

En 1857, Mialhe, dans ses *Études chimiques sur le phosphore* (1) s'exprime ainsi :

« L'action dynamique du phosphore résulterait d'une action analogue à celle signalée relativement au soufre, c'est-à-dire que les composés alcalins contenus dans le suc intestinal se transforment en hypophosphites et en hydrogène phosphoré. »

Plus tard, nous voyons, en confirmation de ces vues, Schuchard et Dybkowsky professer qu'il se forme dans l'estomac une variété d'hydrogène phosphoré non inflammable qui, résorbé, devient toxique parce qu'il s'oxyde et se transforme en acide phosphoreux aux dépens de l'oxygène du sang.

Reconnaissons toutefois avec les professeurs Hoffmann, de Vienne, et Brouardel, de Paris, l'incertitude qui règne encore au sujet des causes de la toxicité du phosphore.

Si le phosphore passe dans les urines à l'état d'acide phosphorique, le fait qu'il y passe aussi en nature est démontré 1° par les urines phosphorescentes des ouvriers occupés à manier le phosphore dans les tubes (2); 2° par les recherches médico-légales.

Mais qu'inférer de tout cela, sinon qu'une portion du phosphore seulement a pu être absorbée en nature, tandis qu'une autre s'est convertie en phosphore oxydé : acides phosphoreux, hypophosphoreux, phosphorique, ou bien en hydrogène phosphoré? Ce ne sont point là des idées propres

(1) *Annales de médecine légale*, 2e série, t. VIII, p. 222-224.

(2) Vid. O. HENRI et A. CHEVALIER, in *Ann. de méd. lég.*, juillet 1857, p. 214.

à quelque école allemande, comme s'exprime l'auteur, elles sont aussi celles des toxicologistes français les plus éminents. Elles valaient bien d'être examinées, puisque l'auteur a jugé à propos d'en faire mention; d'être débattues autrement que par l'établissement d'une sorte de parallèle entre les opinions plus ou moins opposées. L'assiette physiologique de sa thérapeutique n'avait nul besoin d'être accommodée à cet exclusivisme.

Tous les processus qui se passent dans l'organisme animal : oxydations, réductions, dédoublements, synthèses, sont d'une obscurité telle, qu'ils échappent trop souvent à nos déterminations. La chimie peut bien constater l'existence de combinaisons intermittentes plus ou moins faciles à isoler; mais il est évident que deux corps mis en présence sont souvent susceptibles de s'unir en proportions progressivement croissantes avec la quantité de l'un des deux, ainsi que l'a démontré Biot dans ses recherches sur les pouvoirs rotatoires moléculaires. Ainsi, « lorsqu'on étudie optiquement des solutions de plus en plus étendues d'acide tartrique dans l'eau, on voit que le pouvoir rotatoire spécifique de l'acide, croît proportionnellement à la quantité pondérable du corps inactif. On ne peut expliquer ce résultat que par une altération progressive de l'élément actif, et cette altération elle-même est sans doute la conséquence d'une combinaison *progressive* de ce dernier avec le dissolvant. La plupart des *substances actives* présentent des phénomènes semblables, bien que d'une manière moins nette». C'est là un mode de combinaison, ne procédant point d'une force catalytique, et qui, selon l'observation de Schützenberger, doit jouer un grand rôle dans les créations organiques.

Or, dans l'opinion de l'auteur, le phosphore absorbé en

nature agirait en vertu d'une force catalytique, une action de présence ou de contact. Nous n'y contredisons point, vu que nous n'en savons rien. Mais si nous devions, en matière de dynamique-pathologique, nous en tenir à la physiologie, nous serions tout disposés à rejeter l'hypothèse de l'auteur.

L'oxygène existe dans le sang sous deux états : pour une moindre proportion, libre et dissous dans le plasma ; pour une plus forte partie en l'état de combinaison avec l'hémoglobine. Mais cette combinaison même est peu stable, lâche, puisque le vide suffit pour enlever à 40° tout l'oxygène du sang; qu'elle n'ôte pas à l'oxygène entraîné dans le torrent circulatoire un pouvoir comburant d'autant plus actif que cet oxygène est doué d'une affinité spéciale bien plus puissante que celle de l'oxygène ordinaire; qu'à la température du corps, il s'accomplit dans celui-ci des oxydations qui ne peuvent se faire en dehors qu'à des degrés beaucoup plus élevés. Comment le phosphore, si avide d'oxygène en présence de ce corps à l'état naissant, condensé, densifié, ozonisé peut-être, se maintient-il à l'état *naturel* dans le sang?

En fait on ne l'y retrouve plus après six ou sept jours. Fischer et Müller (1) ont retrouvé le phosphore inaltéré, après huit semaines, et l'acide phosphoreux, après douze semaines, dans les cadavres d'animaux empoisonnés. Si Elvers, cité par E. Hoffmann, a pu constater la présence de phosphore, au moyen de l'appareil de Mitscherlich, dans le cadavre d'une femme empoisonnée par une pâte phosphorée, exhumé trente-cinq jours après la mort, c'est que dans ces cas et tous ceux de l'espèce, l'intoxication a suivi une marche rapide et précipité l'issue fatale.

(1) *Vierteljarsch. f. ger. med.*; 1876.

On sait, et Cazenave l'a démontré récemment encore (1) que le phosphore amène la destruction des globules du sang. Que le phosphore enlève de l'oxygène aux globules du sang, c'est chose indiscutable; c'est même sur ce fait que l'auteur base ingénieusement son hypothèse thérapeutique. Mais alors aussi, les globules ou s'emparent de l'acide carbonique du plasma asphyxié, ou sont frappés de nécrobiose. Que devient la théorie ?

En mentionnant les expériences de notre collègue, M. Rommelaere, sur le traitement de l'empoisonnement par le phosphore au moyen de l'essence de térébenthine de France (2), l'auteur est frappé de la décroissance des phénomènes d'excitation vitale, le pouls et la température baissant graduellement, au fur et à mesure que l'essence de térébenthine produit ses effets curatifs.

Cela doit être, dès l'instant où la térébenthine est douée d'une vertu antidotique, vertu qu'a le premier, pensons-nous, établi M. Personne, dont l'auteur oublie de mentionner les travaux.

Le phosphore, comme l'essence de térébenthine, jouit de la propriété d'exalter l'oxygène. Il n'en est pas de même de l'alcool qui s'oxyde aussi, mais sans que l'oyxgène s'ozonise. Il n'y a pas le moindre rapprochement à faire entre les deux corps. Le phosphore exaltant l'oxygène, ne peut, par ce fait même, jouer le rôle d'agent catalytique; tandis que l'alcool, corps organique, qui se conserve indéfiniment au contact de l'air, a besoin soit d'une influence catalytique, soit d'un ferment pour rendre l'oxygène apte à se combiner avec ses éléments.

(1) *Journal de la Société des sciences naturelles de Bruxelles*; 1880.
(2) *Bulletin de l'Acad. r. de méd. de Belgique*, 1871, p. 1045.

L'essence de térébenthine aérée et insolée bleuit énergiquement la teinture de gaïac; l'oxygène reste un certain temps à l'état actif en présence de l'essence, mais bientôt la réaction cesse; l'ozone a oxydé la substance organique et donné des produits résineux.

Ce fait est applicable au phosphore. De toutes les explications qui ont été données de l'action neutralisante de l'essence de térébenthine dans l'intoxication par le phosphore, il résulte, ce semble, que c'est bien l'oxygène, l'oxygène exalté qui est l'agent actif de cette neutralisation.

D'après MM. Koehler et Schimpf, le phosphore, en agissant sur l'essence de térébenthine aérée, produirait une combinaison phosphorée inoffensive et éliminable par les urines. Ce serait l'acide térébentho-phosphoreux, matière cristallisable, soluble dans l'alcool, l'éther, la benzine, les alcalis, fondant à 50°, etc.. Sans doute un tel acide se forme aussi à l'air libre, mais sa formation paraît au moins hypothétique dans l'organisme.

Nous nous permettrons de représenter plus simplement l'action antidotique de l'essence de térébenthine, laquelle ne doit sa vertu qu'à l'ozone dont elle détermine la formation, dont elle est un véhicule favorable et qu'elle retient pendant un temps limité. Or le phosphore, ayant passé en partie à l'état naturel dans le sang, s'y trouve en présence sinon d'ozone, comme le prétend Gorup-Besanez, du moins d'oxygène à l'état naissant, doué d'un pouvoir plus énergique que l'oxygène ordinaire, ainsi que l'a démontré Hoppe-Seyler. Dès lors le sang se désartérialise. L'obstacle apporté primitivement aux fonctions de l'hématose donne bien mieux la clef des phases successives de l'intoxication par le phosphore, que l'hypothèse d'une action directe sur

le système nerveux. Cette influence, pour être réelle, n'est que secondaire; les crampes, les convulsions, la prostration des forces, etc., sont consécutifs aux troubles de l'hématose. Et ce n'est qu'en restituant, en temps opportun, aux hématies l'oxygène enlevé par le phosphore, que l'essence de térébenthine ozonisée est efficace, et non parce qu'elle favoriserait l'oxydation rapide du phosphore absorbé. Il y a empoisonnement dès que la dose de phosphore introduite dans le sang n'est plus en rapport avec la quantité d'oxygène que les globules peuvent lui céder, ou peut-être, dès le moment où le nombre de globules frappés de déchéance est trop élevé.

Jusqu'ici on n'a pas constaté, et pour cause, la présence du phosphore en nature dans l'organisme d'individus qui en auraient pris à petites doses. Ce point capital ne pourra être résolu que par l'autopsie d'individus décédés d'une affection dans le cours de laquelle ils auraient été soumis jusqu'au dernier jour à la médication phosphorée.

A quelle dose cesse, en général, l'action thérapeutique et commence l'action toxique du phosphore?

Laissant de côté toutes les théories, les hypothèses, l'auteur formule avec netteté, les indications et les contre-indications de la médication phosphorée. Nous y reviendrons. On peut, ce nous semble, avoir recours au phosphore dans les conditions qu'il détermine. Ainsi, ne dépasse-t-il pas la dose de 3 millig. par jour; il marque les points où cesse la tolérance, graduant, suspendant, reprenant la médication d'après les circonstances. La tolérance varie suivant les sujets, l'état et les susceptibilités pathologiques. De là les divergences posologiques des auteurs. Fonssagrives élève graduellement la dose minime de 0 gr. 001 à 0 gr. 010.

« Il est impossible, dit M. Félix, de vérifier par des expériences sur l'espèce humaine quelle est la dose mortelle du phosphore; mais il résulte des faits cliniques observés qu'une dose de 15 à 30 centig. suffit pour déterminer la mort d'un homme pesant environ 60 kil., soit 25 centig. par 100 kil. en poids de l'organisme. »

La limite où commence l'intoxication a cependant, quoi qu'il dise, été fixée avec précision. Sur 19 cas d'empoisonnement relevés par MM. Tardieu et Roussin, il s'est trouvé, au rapport du dr Mayet, que, dans six cas, il n'a pas fallu plus de 55 milligr. pour déterminer l'intoxication.

Il est donc prudent de se tenir en-dessous de cette dose pour ne compromettre ni l'intégrité ni les fonctions globulaires.

« A doses toxiques, écrit l'auteur, le phosphore produit la mort, la destruction; à doses petites, physiologiques, il produit une excitation vitale très grande; si cette action est maintenue assez longtemps, par l'administration du phosphore à faibles doses, il y a dégénérescence graisseuse des tissus en même temps AUGMENTATION CONSIDÉRABLE D'URÉE EXCRÉTÉE, — presque au triple de la quantité normale d'après les expériences de Bauer sur les chiens à jeun; — si les doses sont continuées jusqu'à excitation lente et progressive, la dégénérescence graisseuse de tous les organes se produit; en même temps des hémorrhagies au niveau des muqueuses (nasale, gastro-intestinale, utérine) se manifestent. En présence de ces faits divers et de l'affinité grande du phosphore pour l'oxygène, ne doit-il pas nous sembler au moins probable que le phosphore pur administré *à doses petites thérapeutiques, pendant un temps plus ou moins court*, donnerait un coup de fouet, une impulsion, une excitation générale à toutes les fonctions de l'économie, et

que sous l'influence de cette impulsion, de cette excitation momentanée, la nature sortant de sa torpeur reprendrait une activité nouvelle, qui tendrait à augmenter la nutrition générale et l'élimination des éléments morbides (?) de l'économie? »

Telle est la doctrine de l'auteur. Bornons-nous ici retenir cette assertion : *augmentation considérable d'urée excrétée.* Il nous a paru que, dans l'application de la médication phosphorée à la phthisie, cette suractivité des procédés oxydatifs, décélée par une augmentation d'urée, méritait d'attirer l'attention. Nous avons eu, il y a quelques semaines, dans notre rapport sur le concours relatif à l'alcoolisme, l'occasion de nous expliquer au sujet de la diminution d'urée que l'on rencontre chez les individus alcoolisés. Si l'augmentation de l'urée, dont nous ne contestons pas l'existence chez des chiens bien portants soumis à l'action du phosphore, se produisait chez les phthisiques dans une mesure aussi large, nous craindrions fort qu'elle ne fût ici l'indice d'une déchéance, conséquence d'une destruction rapide des matières azotées plastiques.

Il est regrettable que l'auteur n'ait pas vérifié lui-même, chez les nombreux phthisiques qu'il a soumis à la médication phosphorée, les variations de l'urée.

D'après Hoppe-Seyler, on ne trouverait dans les victimes de l'intoxication par le phosphore, ni leucine, ni tyrosine (1). Dès lors pourrions-nous supposer que les procédés oxydatifs, agissant sur ces amides acides, doivent aboutir à une plus forte production d'urée, ce qui concorderait avec les expériences de Bauer sur les chiens et répondrait à la stimulation imprimée à la nutrition. Mais, contrairement à

(1) *Annales de médecine légale;* avril 1872, p. 467.

l'opinion de Hoppe-Seyler, nous voyons Beaunis (1) prétendre que certains produits de décomposition des albuminoïdes et particulièrement la leucine et la tyrosine — qui font normalement défaut dans les excrétions — peuvent y apparaître en quantité notable dans l'intoxication par le phosphore. Dès lors l'urée doit disparaître ou diminuer.

En présence d'assertions aussi contradictoires, émanant de physiologistes aussi autorisés, nous nous sommes à notre tour livré à des recherches sur des sujets *malades*.

Nous poursuivons en ce moment nos investigations et nous comptons être bientôt arrivé à des résultats assez concluants pour les communiquer à l'académie.

Rien de plus délicat que l'application à l'évolution pathologique des données fournies par l'expérimentation.

Deux bourgeons jumeaux, greffés sur deux troncs d'une même espèce, donneront des fruits différents, si les troncs ne sont pas dans des conditions absolument identiques. Dans nos analyses les plus attentives, les mieux conduites, nous voyons se rencontrer, se heurter, se contredire entre elles, tour à tour, la chimie, la physiologie, la clinique, c'est-à-dire l'observation des faits dûs à la nature et l'expérimentation, œuvre artificielle créée par notre initiative. Ces désaccords ne sont qu'apparents; ils tiennent à l'impuissance du génie de l'homme.

Cependant la pathologie a tiré de ces études de lumineuses clartés, mais la thérapeutique n'a pu suivre sa marche que d'un pied boiteux. Dans la situation où celle-ci se trouve de ne pouvoir conclure de l'expérimentation sur l'animal, voire même sur l'homme sain, à l'homme malade, elle voit le champ de ses investigations singulièrement

(1) *Nouv. elém. de physiologie humaine;* Paris, 1880.

borné. De là ces grandes erreurs qui traduisent des théories aventurées et des témérités trop souvent néfastes.

Toutefois, lorsqu'on est certain d'un diagnostic, que la nature d'une maladie est connue, on peut tenter une thérapeutique sans précédents, basée sur une interprétation rationnelle de l'action du modificateur, à la condition d'agir avec prudence et d'observer attentivement. Hors ces conditions l'art et la science resteraient livrés à la merci de l'empirisme et du hasard.

Dans certaines névropathies, par exemple, il est rationnel de chercher à restituer à la substance nerveuse un de ses éléments constitutifs altérés ou disparus. Le phosphore semble se prêter à merveille à cette réparation. Ainsi, dans l'ataxie locomotrice, on a pu espérer empêcher, par l'emploi du phosphore, la prolifération de l'élément conjonctif en arrêtant la destruction des tubes nerveux et la sclérose des faisceaux postérieurs. Dujardin-Beaumetz a poursuivi cette médication. J'ignore quels succès il a obtenus. Hammond, de New York, en mentionne. Je suppose que ces habiles pathologistes ont été conduits à cette médication par cette donnée de physiologie chimique que la lécithine constitue dans l'organisme un produit synthétique dont les éléments sont la glycérine et la neurine combinées avec l'*acide phosphorique*. Présenter à l'économie du phosphore qui, par sa transformation en acide phosphorique, viendrait, en groupant ces trois éléments, régénérer la lécithine, nous paraît d'une thérapeutique rationnelle, autorisée.

Pour être séduisante, l'interprétation que l'auteur du mémoire, M. Félix, donne de l'action dynamique du phosphore est passible de bien des objections. Mais si les liens qui unissent la cause à l'effet nous échappent ou sont discutables,

il n'en est plus de même en ce qui concerne des faits bien observés; on entre dans un tout autre ordre d'idées; des résultats peuvent être contrôlés, appréciés, et, lorsqu'ils se représentent dans de nombreux cas avec une constance suffisante, il importe de les accueillir et de les divulguer.

Nous arrivons à la seconde et la plus importante partie du mémoire : des effets thérapeutiques du phosphore pur dans le traitement de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaires.

II

Il y a un siècle et demi qu'on a tenté d'introduire le phosphore dans la thérapeutique : en 1721, Kunkel; en 1733, Kramer; en 1748, Mentz.

Son usage se propagea en Allemagne, en Suède, en Angleterre, en France, tantôt contre des accidents accompagnant les fièvres pétéchiales, contre les fièvres exanthématiques, à éruptions laborieuses; dans les cas d'épuisement, d'adynamie, au cours des fièvres malignes, typhoïdes, putrides; tantôt contre le choléra, la goutte, le rhumatisme, les scrofules, la leucorrhée, les hydropisies, les hémorrhagies, l'épilepsie, la paralysie, l'amaurose. A la suite de Hartman, dans le premier quart de siècle, ce médicament était vanté spécialement dans la phthisie pulmonaire, et plus tard M. Bouchardat en conseillait l'emploi dans les affections de poitrine.

Au résumé, on voit tenter la médication phosphorée dans les affections caractérisées par une dépression organique ou qui procédent du système nerveux. A ces essais se rattachent les noms autorisés de Gaultier de Claubry, Despaulx, Aran, Mandl, Sedillot, Hufeland, Sandras, Gers-

tel (de Vienne), Bouchardat, Jacquemier, Alibert, Cruveilhier, Roger, Lobstein-Lœbel, Fonssagrives, etc.

Pourquoi cette médication, après avoir été appliquée à tant d'états divers par leur nature, a-t-elle été abandonnée, reprise pour être abandonnée encore? Les indications et les contre-indications, la posologie, le mode d'emploi n'en avaient-ils pas été formulés avec assez de précision?

« Nous ne croyons pas, dit l'auteur, à l'action spécifique du phosphore dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de l'emphysème ou de la bronchite chronique; nous ne proposons pas la médication phosphorée comme une panacée devant guérir tous les tuberculeux; loin de là notre pensée et notre opinion. Nous affirmons ne pas croire à la spécificité des médicaments; nous doutons même de la *spécificité mercurielle* dans la syphilis, et nous préférons croire et admettre que le phosphore ne guérit pas plus la tuberculose par son action *spécifique curative* sur la tuberculose, que le mercure ne guérit la syphilis par son action toxique sur le virus vénérien; mais que ces deux moyens thérapeutiques agissent diversement sur l'économie, sur le sang, le tissu nerveux ganglionnaire et sur les glandes lymphatiques, de façon à produire dans l'organisme des modifications biologiques considérables, qui le font revenir à ses fonctions normales, et par là favorisent l'élimination des principes morbigènes et le retour à la santé des organes ainsi soustraits à l'influence morbide et rendus à leurs fonctions physiologiques. »

Tout cela est assez vague et ne satisfait guère plus l'esprit que la notion de spécificité.

Nous ne saisissons pas davantage le rapprochement établi entre le tubercule et le virus syphilitique.

En se fondant sur des considérations cliniques, l'auteur étend l'emploi du phosphore de la tuberculose à la bronchite et à l'*emphysème pulmonaire*.

Pour lui, le phosphore remplit les indications thérapeutiques suivantes :

1° Excitation vitale générale et modification du sang;

2° Accélération de la respiration; gymnastique pulmonaire;

3° Augmentation de l'hématose pulmonaire;

4° Augmentation de la tonicité des tissus;

5° Augmentation des éléments graisseux et par conséquent de la combustion vitale;

6° Diminution de l'expectoration bronchique et de l'induration parenchymateuse;

7° Par conséquent, retour des vésicules pulmonaires malades à leur état physiologique.

L'auteur ne spécifie ni la nature de l'emphysème, ni la période de la vie qui permettent d'espérer ce retour. Nous avons eu à soigner des centaines de mineurs qui, à partir de l'âge de 40 ou 45 ans, étaient atteints d'asthme emphysémateux, chez lesquels n'existait aucune trace de tuberculose, et nous ne nous faisons pas la moindre idée d'une thérapeutique assez puissante pour redonner aux vésicules de leurs poumons l'élasticité et les dimensions qu'elles avaient perdues.

Une quinzaine d'observations, exposées avec suffisamment de détails, visent surtout l'analyse des effets thérapeutiques de la médication.

« Nous croyons avoir suffisamment prouvé, dit l'auteur, l'efficacité du phosphore dans les affections chroniques et débilitantes de l'appareil respiratoire et particulière-

ment dans la tuberculose pulmonaire à tous ses degrés.

» Nous avons, depuis 1876, prescrit le phosphore à plus de 150 poitrinaires, et nous pouvons affirmer que toujours cette médication, à fort peu d'exceptions près, nous a rendu les plus grands services; nous avons obtenu, grâce à elle, des succès inespérés dans les cas où toutes les autres médications avaient échoué. Il est vrai de dire que nous n'avons pas institué cette médication d'une façon systématique; que toutes les règles de la diététique, de l'hygiène ont été prescrites et observées autant que possible, et nous croyons pouvoir affirmer cette conviction que la médication phosphorée bien entendue et bien appliquée guérit :

» Toujours la bronchite chronique et la tuberculose pulmonaire au premier degré;

» La plupart des tuberculoses pulmonaires au second degré;

» Guérit encore la tuberculose au troisième degré et l'emphysème pulmonaire chronique (?) dans un certain nombre de cas ; mais que toujours elle améliore l'état et prolonge l'existence des tuberculeux même désespérés.

» Nous pourrions citer plus de 30 cas de tuberculeux au 3e degré, avec cavernes évidentes, qui, il y a deux ans, étaient au lit dans une situation moins que rassurante, et qui aujourd'hui vaquent à leurs affaires et semblent jouir d'une santé très satisfaisante. »

Parmi les observations relatées, je n'en rapporterai qu'une, la XXIe.

« Mme F..., D..., 63 ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution très faible, a eu de nombreuses fluxions de poitrine dans sa jeunesse. Mariée à l'âge de 25 ans, elle a eu, en 14 ans, 9 enfants vivants, 2 fausses couches, plus

2 pleuropneumonies très graves et une *phlegmatia alba dolens* à la suite de son huitième accouchement; cette maladie, qui a duré presque une année, a été compliquée de vastes abcès dans la fosse iliaque interne, abcès qui se sont fait issue par l'intestin. Depuis lors, M^me^ F... D... a toujours été d'une santé très chancelante et d'une anémie excessive. En 1877, je fus demandé par cette dame en consultation avec son médecin. A la suite d'un refroidissement subit, M^me^ F... D..., qui habite une petite ville de province, fut prise de pleuropneumonie aiguë, à marche insidieuse. Cette affection, combattue par les révulsifs, les stibiés et tous les moyens en usage en pareil cas, ne voulait point céder.

» Lorsque je la vis, la malade était dans un état d'épuisement tel, qu'elle pouvait à peine se tenir assise sur son lit : oppression, sueurs, pouls petit, filiforme, à 130; pommettes rouge-violacé, inappétence, crachats grisâtres, sueurs nocturnes. L'auscultation nous fait découvrir à droite les restes d'une pleuropneumonie chronique; au-dessus de la clavicule droite, le bruit de pot fêlé, la pectoriloquie, le gargouillement et le souffle tubaire nous font diagnostiquer une caverne au sommet. Le poumon gauche est sain à sa partie supérieure; il est un peu engoué à la base.

» En présence de cet état pathologique bien caractérisé, et légitimé par toutes les causes débilitantes d'une vie de souffrances et de sacrifices, notre pronostic ne devait pas être plus douteux que notre diagnostic. Le pronostic était d'autant plus grave que les moyens stimulants, quinquina, quinine, vin, noix vomique, amers n'avaient produit aucun résultat et que les forces de la malade s'épuisaient rapidement.

» Nous instituâmes le traitement suivant : régime ana-

leptique, selon les goûts et les caprices de l'estomac ; bouillons, viandes de veau et de bœuf, laitage, œufs, vins vieux de Bordeaux et d'Espagne, vésicatoires volants sur le côté gauche, morphine le soir et lavements au sulfaté de quinine pour combattre la fièvre qui revenait tous les soirs. Trois pilules par jour de phosphore Richardson au milligramme.

» Cette médication réussit parfaitement; en dix jours de temps l'appétit revint, et, au bout de deux mois, Mme D... était convalescente. J'ai revu cette dame au mois de juillet 1879, c'est-à-dire 18 mois après sa maladie. Elle me dit qu'elle se portait mieux qu'il y a 30 ans; que son oppression avait presque disparu ; qu'elle pouvait faire une lieue à pied, ce qu'elle n'avait jamais pu faire depuis 15 ans ; qu'elle avait un appétit excellent ; que de temps en temps elle reprenait des pilules de phosphore, mais qu'elle trouvait que ce médicament lui donnait tellement d'embonpoint et de forces, à elle qui n'avait jamais connu que l'extrême maigreur, qu'elle avait dû faire élargir toutes ses robes depuis une année. Quant à la toux chronique, qui la fatiguait depuis bien des années, elle avait sensiblement diminué, de même que l'expectoration qui, aujourd'hui claire et blanche, ne se manifestait plus que le matin au réveil.

» A l'auscultation, je trouvai le bruit respiratoire parfaitement audible dans toute la poitrine. Seulement les traces de la caverne, au sommet du poumon droit, subsistaient encore et se manifestaient à la percussion par un bruit de pot fêlé; mais la malade ne s'en portait pas mal. »

Dans un chapitre très étendu, l'auteur traite en détail des indications et des contre-indications de la méthode phosphorée, ainsi que du mode d'administration du médicament.

Ce n'est point pendant la période aiguë de la maladie que le phosphore doit être prescrit, mais quand les accidents généraux et locaux, congestifs ou inflammatoires ont été combattus par les moyens ordinaires. Il faut toujours commencer par des doses très minimes; un demi-milligramme avant le repas, une ou deux fois par jour, suffit au début. Si les effets physiologiques d'intoxication par le phosphore se manifestent, il faut suspendre la médication pendant quelques jours, et s'il survenait, cas très rare, des accidents toxiques, immédiatement purger le malade au moyen du lait de magnésie, puis administrer l'essence de térébenthine. N'y a-t-il que quelques crampes d'estomac, douleurs intestinales avec diarrhée et ténesme? Il suffit d'avoir recours au sous nitrate de bismuth opiacé. Si, nonobstant, des phénonomènes d'intoxication persistaient, l'essence de térébenthine de France serait indiquée.

Dans le but de combattre l'insomnie, l'éréthisme nerveux, la toux qui fatigue le malade, on se trouve bien d'associer la morphine au phosphore, ce qui augmente, en outre, la tolérance et l'efficacité de ce dernier.

A la morphine on substitue souvent avantageusement quelques gouttes, à parties égales, d'un mélange de laudanum et de chloroforme, prises dans un peu d'eau sucrée plusieurs fois pas jour.

Pour établir nettement la marche à suivre dans le traitement rationnel et curatif de la phthisie pulmonaire, l'auteur entre dans des considérations assez étendues sur l'incubation et le développement du tubercule.

Nous ne le suivrons pas dans ses raisonnements. Mais nous ne pouvons ne pas relever une affirmation du genre de celle-ci : « Le tubercule galopant ne se présente jamais

que chez des sujets émaciés et profondément affaiblis d'avance. »

Nous avons été moins heureux que M. Félix. Elles n'ont pas été rares dans notre pratique ces phthisies pneumoniques à marche aiguë, dite galopante, ces formes miliaires, qui enlèvent, tuent le malade avant la régression des produits, avant l'ulcération pulmonaire, n'ayant pas même laissé à la consomption le temps de se développer.

L'auteur divise la phthisie en quatre périodes : première période ou d'incubation ; deuxième période ou formation et dépôt du tubercule; troisième période dite de ramollissement ou de désagrégation du dépôt; quatrième période ou état caverneux.

Sept observations cliniques sont relatées comme exemples de la médication suivie à ces différents degrés de la phthisie.

Ce chapitre abonde en considérations physiologiques, hygiéniques et prophylactiques.

L'auteur conclut en ces termes :

« Sous l'influence de la médication phosphorée dans la phthisie cæverneuse, voici ce que nous avons observé dans un grand nombre de cas :

» 1° Cette médication est très facilement supportée ;

» 2° Les forces du malade se raniment; il ressent une excitation générale bienfaisante ;

» 3° L'appétit et les digestions sont plus actives ;

» 4° Les sueurs nocturnes diminuent, la diurèse augmente ;

» 5° La chaleur du corps augmente, le pouls se relève, devient plus vif, plus plein, plus résistant ;

» 6° L'expectoration diminue et la respiration est plus aisée ;

» 7° Au bout de quelques semaines l'embonpoint général revient. »

Il a enfin observé, aux doses minimes qu'il emploie, l'absence de priapisme et une influence négative sur le produit de la conception.

Le mémoire de M. Félix se termine par des considérations générales qui sortent du cadre de ce travail, sur le régime et l'hygiène des tuberculeux; par des préceptes dont la stricte et salutaire observation n'est que trop souvent négligée, ou dont le plus grand nombre ne se soucient que tardivement. Ainsi, sont successivement examinés les points relatifs à l'air, à l'habitation, à la chaleur, au climat, au séjour dans les hôpitaux, à la création de maisons spéciales, à la gymnastique corporelle et pulmonaire.

Bien que nous ayons de nombreuses réserves à faire relativement à la valeur des opinions émises par M. Félix; bien que nous ayons été moins heureux que lui dans nos essais de médication phosphorée, nous ne pouvons, vis-à-vis d'une maladie aussi répandue que la phthisie, qui constitue l'une de nos plus grandes misères physiologiques et pathologiques, qui voue à une mort presque certaine ceux qu'elle atteint, nous ne pouvons, disons-nous, qu'appeler l'attention des praticiens sur la partie clinique du mémoire et demander avec l'auteur que la médication phosphorée soit prudemment mise à l'épreuve par eux.

En conséquence la commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication;

2° De l'engager à continuer ses études sur la médication phosphorée ;

3° D'imprimer, moyennant certaines suppressions que la commission se réserve d'indiquer, son travail dans le Bulletin de la Compagnie;

4° De porter à l'ordre du jour la discussion sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphore.

M. Depaire. — Messieurs, j'ai écouté avec beaucoup d'attention le rapport de M. Kuborn; mais je n'ai pas pu me faire une idée bien précise des faits qui peuvent être rapportés dans le mémoire de M. le dr Félix à l'appui de son opinion. S'il n'y a que des faits mal observés, des observations tout à fait superficielles, je voterai contre l'impression du travail au Bulletin; si, au contraire, il y a des expériences précises, faites avec méthode; s'il y a des faits observés convenablement, j'appuyerai la proposition de l'honorable rapporteur.

Voici, messieurs, pourquoi je me propose d'agir ainsi : en matière de médication phosphorée, comme en matière d'intoxication par le phosphore, nous avons assez de paroles, assez de phrases, assez d'écrits, mais les faits nous manquent absolument.

L'honorable rapporteur vous l'a dit tout à l'heure : on a établi toute espèce de théories se contredisant les unes les autres et n'aboutissant en dernière analyse qu'à un gâchis dont nous ne pouvons pas sortir.

Pourquoi et comment le phosphore est-il un poison? Nous n'en savons absolument rien.

Avons-nous un contre-poison du phosphore? Nous ne le savons pas; les uns préconisent un système; les autres en préconisent un autre, et en définitive les uns et les autres guérissent, comme les uns et les autres ont des insuccès.

Je crois, messieurs, que cette question du phosphore doit être traitée autrement que par des écrits; je pense qu'elle doit être résolue par des expériences; celles-ci nous font absolument défaut aujourd'hui. C'est pourquoi je voterai contre l'impression, s'il ne m'est pas donné satisfaction à cet égard.

M. Kuborn. — Le travail de M. le dr Félix comprend deux parties distinctes : l'une, plutôt hypothétique, celle dont vient de parler M. Depaire, la partie physiologique, pharmacodynamique; l'autre, la partie pratique, composée d'observations, qui nous a paru la plus importante.

L'auteur invoque des théories, des données parfois contestables, et que nous avons contestées, pour justifier sa médication phosphorée; il cherche à expliquer les résultats obtenus au moyen de ces théories; mais de là à dire que la médication phosphorée ne lui aurait pas procuré les résultats qu'il indique, fussent les théories mille fois fausses, nous ne le pouvons. Il y a loin, en clinique, qu'on ne s'y méprenne pas, de la formule à la pratique.

Nous avons échoué dans l'application de la médication phosphorée à la phthisie pulmonaire; je n'hésite pas à me considérer néanmoins comme autorisé à désirer que l'attention des praticiens, j'entends de ceux qui observent et qui suivent les malades avec soin, soit attirée sur cette médication. A ce titre, le mémoire dont il s'agit aurait déjà quelque valeur.

Après avoir combattu les données et les déductions physiologiques sur lesquelles se base l'auteur du mémoire pour consolider son système, je constate qu'il ne nous a point tiré des ténèbres par les explications qu'il présente sur l'action physiologique ou pharmacodynamique du phosphore.

Mais lorsqu'on m'indique un médicament comme ayant produit tel ou tel résultat, je serais bien naïf si je ne l'essayais qu'après m'en être expliqué l'action intime; lorsqu'on me déclare ce médicament supérieur à tout ce que l'on à mis en usage jusqu'à ce jour, je n'hésite pas, pour autant que la source des indications paraisse quelque peu autorisée. C'est surtout en vue d'une discussion sur la médication phosphorée que nous demandons que le mémoire de M. Félix soit imprimé dans le Bulletin de l'Académie, après certains retranchements que la commission s'est réservée d'indiquer.

Ainsi que nous l'avons développé dans le rapport, et comme le répète M. Depaire, les faits sur lesquels s'appuie l'auteur du mémoire ont été recueillis par des observateurs éminents, par des physiologistes de tout premier ordre. Sans doute, ils sont encore contestables pour la plupart; mais cela peut ne rien enlever à la réalité des résultats consignés dans le mémoire; c'est pourquoi la commission a conclu à l'impression de la plus grande partie du travail. Et, en même temps, elle saisit l'occasion de revenir sur cette question intéressante de l'action du phosphore; elle demande que ce sujet soit porté à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

Telle est la portée de la proposition de la commission. Elle ne vous demanderait pas de discuter s'il ne s'agissait dans l'espèce que d'enfoncer des portes ouvertes.

M. Warlomont. — Je fais quelques réserves au sujet de la conclusion du rapport de M. Kuborn ayant pour objet de faire porter à l'ordre du jour, pour ainsi dire d'autorité, une question qui n'est pas en discussion, sans qu'aucun document ait été fourni, sans qu'aucun membre se

soit fait inscrire pour discuter la question, sans que personne se dise en mesure d'y apporter des faits nouveaux.

Pourquoi M. Kuborn demande-t-il que la question du phosphore soit mise à l'ordre du jour? Sur quoi se fonde-t-il pour nous proposer de discuter sur une doctrine pour laquelle les éléments d'appréciation nous manquent? Si un membre de l'Académie présentait un travail sur cette question, je comprendrais la proposition de M. Kuborn; en dehors de cela, j'avoue que je ne me sens pas disposé à adopter cette proposition, qui est tout à fait anormale, dans ma pensée, à moins que ce ne soit le rapport lui-même qui soit mis en discussion, auquel cas je m'y rallierais volontiers.

Je sais qu'il y a des précédents qui autorisent la commission à demander l'impression sous des réserves expresses; mais je ne sais pas où ce système nous conduirait dans le cas présent; on pourra faire disparaître du mémoire qui a été critiqué avec une certaine sévérité telle ou telle partie qu'on ne nous indique pas, mais qu'en restera-t-il? Franchement, sans vouloir faire aucune espèce d'allusion fâcheuse à l'adresse de l'auteur, je craindrais que l'Académie n'arrivât, si l'on ne laissait subsister, par exemple, que les observations tendant à démontrer la curabilité de la phthisie par le phosphore, à tailler à l'auteur une formidable réclame.

Les deux propositions de M. Kuborn me semblent donc également difficiles à accepter.

M. Du Moulin. — J'ai demandé la parole pour signaler les grands dangers de la médication par le phosphore; recommander cette médication d'une manière générale, c'est, me semble-t-il, faire une chose qui peut entraîner des conséquences désastreuses.

Il y a des médicaments dont le maniement est si difficile, qu'on ne saurait trop le signaler; tel est le phosphore, qui présente des dangers à nuls autres pareils. Ce que nous savons de positif au sujet de son action physiologique ne laisse pas de doute à ce sujet. Quand on donne le phosphore en très petites quantités et pendant longtemps, il produit l'hyperplasie du tissu connectif et l'étranglement des éléments anatomiques spéciaux compris dans ses mailles; de là la diminution de l'activité fonctionnelle de ces éléments et des troubles profonds de la nutrition dans son ensemble. On voit ainsi naître tôt ou tard la cirrhose ou d'autres lésions du même genre avec toutes leurs conséquences.

Si l'on donne le phosphore à doses plus élevées, on provoque la dégénérescence graisseuse des organes, d'où la prompte cessation des fonctions les plus importantes à la vie et des perturbations qui entraînent fatalement la mort.

Un toxique aussi dangereux pourrait-il être recommandé? Si l'on voulait revenir à son emploi dans la thérapeutique, emploi aujourd'hui généralement abandonné par les personnes qui sont au courant de l'état de la question, il faudrait commencer par démontrer l'action physiologique du phosphore dans la médication qui nous occupe; il faudrait surtout établir que, dans des cas déterminés, les dégénérescences dont il s'agit ne se produisent pas et que les dangers dont nous parlons sont chimériques. Aussi longtemps qu'on n'aura pas prouvé que le phosphore ne produit pas, sur certains organismes malades, les désastres qu'il produit sur l'organisme sain, je le considérerai comme très dangereux et j'en déconseillerai l'emploi.

M. le Président. — Les observations très intéres-

santes de M. Demoulin rentrent dans la discussion du rapport.

Conformément à l'article 96 du règlement, il faut d'abord décider la question de savoir si l'Académie entend discuter le rapport; dans l'affirmative, nous mettrons cette discussion à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

M. Warlomont. — Votera-t-on anticipativement sur les conclusions du rapport?

M. le Président. — Evidemment non.

M. Depaire. — Il va de soi que la discussion doit porter également sur le travail de M. le dr Félix, car nous ne pouvons pas apprécier le rapport sans avoir examiné le travail.

M. Kuborn. — A mon avis, le travail de M. Félix doit être déposé au secrétariat et mis à la disposition des membres qui voudront en prendre connaissance.

— L'Académie décide que le rapport sera discuté dans une prochaine séance et que le mémoire de M. Félix sera déposé au secrétariat à la disposition des membres qui voudront prendre part à la discussion.

3. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. le dr WALTON, à Nederswalm, traitant de l'hystéro-trachélorrhaphie ou opération d'Emmet. — M. PIGEOLET, rapporteur.

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Soupart et Pigeolet de l'appréciation du travail envoyé à la Compagnie par M. dr Walton, à Nederswalm et intitulé : de l'*hystéro-trachélorrhaphie ou opération d'Emmet*.

Ce travail est une monographie complète concernant l'opération pratiquée pour remédier à la déchirure du col

utérin, présentant une certaine dimension et produite mécaniquement soit par la rapidité de l'accouchement, soit par certaines opérations obstétricales, telles que la version avant la dilatation complète du col, l'application du forceps, etc.

Après avoir rappelé, dans un préambule, les différents auteurs qui se sont occupés de cette lésion, l'auteur retrace l'historique des travaux d'Emmet depuis 1862, date à laquelle le grand chirurgien américain reconnut la lésion, l'importance pathogénique de la déchirure du col utérin et institua son procédé chirurgical curatif.

Il passe ensuite en revue tous les travaux qui ont été publiés en Amérique et en Angleterre sur ce sujet, ainsi que ceux qui ont été reproduits dans le *Bulletin de la Société de médecine de Gand* et dans d'autres publications périodiques.

M. Walton donne l'étiologie de la lésion et en établit la grande fréquence, lésion qui produit divers troubles fonctionnels et des états pathologiques variés ; il indique le point qu'elle occupe le plus fréquemment, ainsi que le caractère du travail le plus propre à produire la déchirure du col. Cette partie de son mémoire est particulièrement intéressante par l'examen des circonstances nombreuses et variées que peut présenter l'accouchement et des manœuvres multiples auxquelles se livrent certains accoucheurs pour en limiter la durée. Il examine ensuite l'influence de la lésion sur les difficultés de la fécondation ultérieure et les changements menstruels qui en résultent.

Le chapitre suivant est consacré au diagnostic; l'auteur étudie et décrit la forme, le siége de la déchirure et leurs conséquences.

Il passe ensuite au traitement dont le but principal est d'amener la réunion des surfaces déchirées ; il établit les

circonstances dans lesquelles l'opération est indiquée ; il formule le traitement préparatoire et rapporte non seulement la pratique d'Emmet, mais celle de Schröder, de Dudley, de Munde, de Baker, de Wing, de Porter, de Courty, etc.

M. Walton, dans la description de son manuel opératoire, s'appuie sur les données fournies par Emmet particulièrement et sur les figures représentées dans l'ouvrage intitulé : *The principles and practice of gynecology, by Thomas Addis. Emmet, M. D. surgeon to the Woman's Hospital of the State of New York ;* 1880. Il signale les modifications apportées par Skene dans le mode de suture à employer pour remédier à la lésion dont il s'agit, ainsi que les soins consécutifs à l'opération, recommandés par Tarnier.

Il formule les conclusions suivantes :

« La déchirure du col est une lésion des plus fréquentes, mais malheureusement presque toujours méconnue ou confondue surtout avec l'ulcération du col.

» Elle est le résultat d'un accouchement et surtout d'un accouchement rapide, ou de l'intervention de l'accoucheur, soit instrumentale, soit manuelle.

» Elle occupe ordinairement le côté gauche ; elle est souvent bi-latérale ; quelquefois elle est située à droite.

» Elle est une cause d'ulcération, de métrite, de cellulite avec tout le cortège de symptômes. L'inflammation péri-utérine occupe souvent les ligaments larges, qui en se rétractant occasionnent des déplacements utérins. Elle est généralement suivie de stérilité ou tout au moins d'avortement.

» Le diagnostic n'est pas toujours facile et demande une certaine habitude. Il s'obtient par l'examen digital et surtout par l'examen au speculum.

» Le traitement consiste, 1° en un *traitement préparatoire* des plus importants : combattre les phénomènes inflammatoires et toutes les complications; 2° en une opération sanglante, qui se résume à aviver les surfaces déchirées et à les réunir au moyen de fil d'argent.

» L'hémostase s'obtient, avant l'opération, par les injections vaginales d'eau chaude ; pendant l'opération, à l'aide du tourniquet.

» Comme traitement consécutif, il faut observer le repos pendant quelques jours et les soins de propreté, ce qui s'obtient au moyen d'injections vaginales d'eau chaude, à laquelle on peut ajouter de l'acide phénique. »

M. Walton termine son travail en donnant l'histoire d'une opération qu'il a pratiquée en 1879 chez une femme atteinte de l'infirmité dont il s'agit. La relation de ce cas est accompagnée de deux dessins qui en font apprécier les circonstances.

Des treize figures qui sont représentées dans le manuscrit de l'auteur, les onze premières sont extraites du traité d'Emmet; les deux autres servent à l'explication de l'observation propre à l'auteur.

Le travail de M. Walton constitue une monographie complète du sujet; il offre un grand intérêt, l'opération dont il trace l'histoire étant une des conquêtes récentes et encore peu connues de la chirurgie.

Votre commission vous propose, messieurs, d'en voter l'impression dans les mémoires in-8° de la Compagnie, avec les deux planches qui sont propres à l'auteur. Elle vous propose en outre d'adresser des remercîments à M. Walton et de l'inviter à continuer ses relations avec l'Académie. — Ces conclusions sont adoptées.

4. STATISTIQUE des cas de variole qui ont été traités à l'hôpital de Gand, pendant une petite épidémie qui a régné en cette ville, depuis la fin d'avril jusqu'au commencement d'août 1881, par M. DU MOULIN, correspondant.

Les discussions ouvertes et annoncées pour le mois d'octobre donnent un grand intérêt d'actualité à toutes les observations bien recueillies touchant la prophylaxie variolique. Nous avons pensé que c'est moins au moyen de raisonnements et de phrases que de faits cliniques patents qu'il convient d'édifier la science; et comme les adversaires de la prophylaxie vaccinale récusent en grande partie les faits qu'on leur oppose, il nous a semblé qu'il n'était pas inutile d'en recueillir d'autres et d'accabler les anti-vaccinateurs par l'évidence des preuves mille fois répétées.

C'est ce qui nous a engagé à demander une place dans le Bulletin de l'Académie pour la petite statistique que nous avons l'honneur de vous présenter.

Vers le commencement du mois d'avril, à une époque où depuis environ un an aucun cas de variole n'avait été observé à l'hôpital, quelques ouvriers gantois, affectés de variole, revinrent de Roubaix à Gand, pour y réclamer les secours auxquels leur nationalité leur donnait droit. Ils furent admis à l'hôpital de la Biloque et leur entrée fut le signal de l'épidémie.

La direction de l'hôpital, se berçant d'illusions, s'était endormie dans une confiance trompeuse et, disposant de la salle destinée à l'isolement des varioleux pour y installer un service de chirurgie, plaça, malgré nos pressantes réclamations, les cinq premiers cas dans des cabinets destinés à séparer des autres les malades agités et bruyants, mais

qui ne répondent nullement aux conditions exigées pour l'isolement prophylactique d'un varioleux. Quelques cas de varioloïde et plus tard de variole ne tardèrent pas de se déclarer dans les salles communes, et bientôt, pressée par l'évidence, la direction se hâta de rendre à sa destination les salles d'isolement destinées aux varioleux. Je fus chargé du service spécial qui y fut organisé. Songeant alors au parti que je pouvais en tirer pour élucider à nouveau la question de la prophylaxie, je dressai le tableau, ci-annexé, résumant tout ce que chaque cas particulier pouvait présenter d'intéressant pour la question que je voulais étudier et y fis inscrire tous les détails par mon interne de service, M. Firmin Verhelst.

Ce tableau est extrêmement démonstratif. Voici comment on peut le résumer. Le nombre des personnes reçues au service spécial des varioleux est de 22 dont 11 femmes et 11 hommes; 9 non vaccinés, 10 vaccinés, 1 revacciné et 2 ayant eu antérieurement la petite vérole. Les 9 non-vaccinés présentèrent tous des varioles typiques dont 4 confluentes, 1 confluente compliquée d'hémorragie, 2 hémorragiques p. d. et 2 simples. 4 se terminèrent par la mort, c'est-à-dire les 2 hémorragiques, une des confluentes et la confluente compliquée d'hémorragie.

Les 10 vaccinés, le revacciné et les 2 récidives de variole présentèrent tous des varioloïdes se terminant par la guérison, quoique 2 fussent coufluentes et une compliquée de symptômes nerveux assez graves. Il n'y eut pas de différence marquée entre les varioloïdes survenues chez les vaccinés, le revacciné et ceux qui présentaient les stigmates d'une variole antérieure.

Une observation riche en enseignements pour ceux qui

PROPHYLAXIE ET N° D'ORDRE.	É.	COMPLICATIONS.	TERMINAISON.
N. V. **1**	onsi- ique; iche.	Délire du 7 au 13 mai.	*Mort*, le 21 mai.
N. V. **2**	ues; rite;	Délire, 3 jours; phlegmon retro-auriculaire pendant la période de desquammation.	*Guéri*, le 12 juin.
N. V. **3**		Gangrène des ailes du nez et des paupières gauches.	*Morte*, le 12 mai.
N. V. **4**			*Guérie*, le 8 juin.
N. V. **5**	peu	Délire, 2 jours.	*Guérie*, le 10 juin.
N. V. **6**	aitée	Délire, 4 jours.	*Guérie*, le 15 juin.
	le de it été *vac-* ment é à la		
V. 4 fois. **7**	attri- chif- uquel	Délire, 3 jours.	*Guéri*, le 5 juin.



seraient tentés de suivre les conseils des adversaires de la vaccination est l'histoire de la famille De Hert, qui fournit six cas de variole proprement dite et deux décès à notre statistique (Observ. 1 à 6).

La famille se composait de six enfants, non vaccinés, et des deux parents, dont l'un, la mère, avait été vaccinée dans l'enfance, dont l'autre, le père, avait eu la variole. Tous les enfants furent atteints de variole grave ; tandis que la mère et le père, quoique vivant au milieu du foyer, n'éprouvèrent aucune atteinte.

Tels sont les faits ; nous les livrons à l'appréciation de tous, car ils se passent de commentaires. La seule chose que nous demandons, c'est une publicité immédiate et étendue pour notre statistique ; mieux que tous les raisonnements, elle démontrera à toutes les personnes, de bonne foi, l'influence modificatrice, préservatrice, salutaire de la vaccination.

5. COMMUNICATION verbale de M. WILLEMS, correspondant, relativement à la question de priorité de l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse des bêtes bovines.

Messieurs, j'ai demandé la parole pour protester contre une prétention étrange qui a été émise dans la dernière séance par M. Boëns.

Notre honorable collègue, dans la communication dont il a donné lecture à l'Académie, revendique pour le dr Desaive le mérite d'avoir introduit le premier en Belgique l'inoculation de la péripneumonie.

Messieurs, je ne serai pas long, l'honorable membre auquel je réponds n'étant pas présent ; mais je ne puis

laisser passer cette erreur historique sans la rectifier.

Vous savez à peu près tous, messieurs, ce qu'a été le dr Desaive : il fut professeur à l'école vétérinaire, qui s'ouvrit à Liége, en 1835, je pense, et qui n'eut que deux ou trois années d'existence.

Depuis lors, il a fait des publications ressortissant à la médecine vétérinaire, et dans aucune d'elles il n'a fait la moindre mention de l'inoculation de la péripneumonie.

Ce n'est que quatre ou cinq mois après la publication de mon premier mémoire sur cette question, que le dr Desaive a revendiqué pour lui l'honneur de la découverte.

M. Boëns affirme que, dans le temps, M. Desaive aurait fait quelques inoculations dans une ferme des environs de Liége; mais il n'a jamais dit de quelle matière il s'était servi pour cette inoculation, ni quel était son procédé opératoire.

Du reste, vous le savez, M. Boëns change facilement d'opinion et se contredit volontiers lui-même; c'est ce qui lui est encore arrivé dans la circonstance actuelle; j'en rencontre la preuve dans un petit écrit qu'il a publié, en 1866 sur l'inoculation de la pleuropneumonie, intitulé : « *Tôt ou tard l'inoculation prétendûment préservatrice de la pleuropneumonie exsudative sera considérée comme une mystification.* »

Dans cet écrit, à la page 9, il avoue lui-même que le dr Desaive n'est arrivé à aucun résultat.

« Le résultat de ses essais, dit-il, (de M. Desaive) fut complètement négatif. Il est vrai qu'ils ne furent exécutés que sur un petit nombre de sujets. »

M. Boëns a changé souvent d'opinion sur la question de l'inoculation; au commencement, il considérait cette pratique comme infaillible; en deuxième lieu, elle ne préser-

vait pas le bétail, et, enfin, il l'a considérée comme pouvant favoriser le développement de la pleuropneumonie.

Toutes ces contradictions ont été relevées par notre honorable collègue M. Crocq, lors de la discussion relative à l'inoculation préventive de la pleuropneumonie, qui eut lieu dans cette enceinte, en 1865. Cet honorable et savant collègue a prouvé que, dans le discours qu'il avait prononcé à cette occasion, M. Boëns avait changé trois fois d'idées en une heure de temps.

Au reste, M. Boëns, comme tous les esprits mécontents, trouve toujours à redire à tout; il est vrai que c'est dans l'ordre naturel des choses : quand une découverte a pris naissance, on la trouve toujours mauvaise; on l'entoure d'un dédain systématique; mais quand son triomphe est reconnu, on veut en diminuer le mérite par des revendications impossibles, et c'est ce qui est naturellement arrivé pour la découverte de l'inoculation préventive de la péripneumonie bovine.

J'ai cru, messieurs, qu'il était nécessaire de protester en quelques mots contre cette manière d'agir. J'ai prouvé, j'affirme encore une fois que, le premier, non pas en Belgique, mais dans le monde entier, j'ai indiqué la matière virulente à inoculer; que le premier j'ai pris une goutte de l'exsudat pulmonaire pour pratiquer l'inoculation; que le premier j'ai indiqué la région où l'insertion devait en être faite, et qu'ensuite j'ai proclamé les résultats de ces expériences. M. le professeur Van Kempen et moi, nous avons aussi signalé, décrit et figuré, il y a trente ans, les corpuscules particuliers qui se rencontrent dans le produit pathologique de la pleuropneumonie, et ces corpuscules sont reconnus aujourd'hui, sous le nom de microbes, comme

étant les facteurs de la pleuropneumonie, tout aussi bien que les bactéries de MM. Toussaint et Pasteur sont les facteurs du charbon des moutons et du choléra des poules.

Messieurs, dans la dernière séance, j'avais annoncé qu'un projet de loi sur la police sanitaire des animaux se préparait en France; aujourd'hui, j'ai la satisfaction de vous informer que cette loi est promulguée, et que, par cette loi, l'inoculation préventive de la péripneumonie, conformément à mon système, est rendue *obligatoire* dans toutes les parties de la France où règne cette maladie.

IV. — COMITÉ SECRET.

L'Académie se forme en comité secret à 2 heures.

1. Communication des rapports de la 1re et de la 2e section pour la présentation des candidats, afin de pourvoir aux siéges vacants dans ces sections.

Après ces communications, M. le président rappelle qu'aux termes de l'article 10 du règlement, les membres titulaires qui désirent que d'autres candidats soient compris dans les scrutins, sont tenus de les faire connaître au bureau dans la quinzaine, en exposant par écrit les titres de chacun d'eux, et que ces présentations doivent être signées par cinq membres au moins.

Il ajoute que les rapports qui viennent d'être communiqués resteront déposés au secrétariat à la disposition des membres qui désireraient les consulter, et que, conformément à l'article 22 du règlement, s'il n'y a pas d'adjonction proposée, l'Académie procédera dans la prochaine séance à la discussion des dits rapports.

2. Organisation du nouveau concours relatif à l'alcoolisme.

Le projet suivant, proposé par le bureau, est adopté :

« Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance.

» *Nota.* — Il est bien entendu qu'en traitant de l'alcoolisme, au point de vue psychique, les concurrents auront à apprécier, en utilisant les données de l'anatomo-pathologie et les meilleurs documents fournis par les expertises médico-légales, la limite qui sépare l'ivresse de la folie, ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur.

» Prix : 1,500 francs. — Clôture du concours : 15 février 1883. »

— L'ordre du jour appelle ensuite ces objets :

1. Election d'un membre titulaire dans la 2e section, en remplacement de M. Boulvin, décédé. — Candidats : MM. Vanden Corput et Willems, correspondants ;

2. Election d'un membre titulaire dans la 3e section, en remplacement de M. Burggraeve. — Candidats : MM. Hubert et Wasseige, correspondants ;

3. Election d'un membre titulaire dans la 4e section. — Candidats : MM. Desguin et Du Moulin, correspondants ;

4. Election d'un membre titulaire dans la 5e section. — Candidats : MM. Belval et Van Bastelaer, correspondants ;

5. Election du président et des deux vice-présidents de l'Académie pour l'année 1882. (Art. 31 du règlement).

L'appel nominal fait constater que l'Académie n'est plus en nombre pour procéder à ces élections. Elles auront lieu dans la prochaine réunion.

La séance est levée à 2 heures et demie.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Commission de la Biographie nationale ; 20e rapport annuel, 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. — Proceedings of the twenty-eighth annual Meeting, held in Saratoga Springs, N. Y., 1880. Philadelphia, 1881 ; vol. 8°.

ARMY MEDICAL DEPARTMENT. — Report for the year 1879. London, 1881 ; vol. 8°.

ASSOCIATION BELGE CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — Compte rendu de l'assemblée générale du 30 juillet 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

BADALONI (G.). Il male perforante. Bologna, 1881 ; 8°.

BOENS (H.). La génération spontanée, la panspermie et l'évolution, à propos d'un cas de variole spontanée. Bruxelles, 1881 ; 8°.

CHARNAUX. Etude sur l'étiologie de la variole et sur la vaccination des animaux de l'espèce bovine comme moyen prophylactique. Cusset, 1881 ; 8°.

COLLIN (E.). Du diagnostic des affections pulmonaires de nature arthritique et de leur traitement par les eaux sulfureuses sodiques et arseniales de Saint-Honoré (Nièvre). Paris, 1881 ; 8°.

CORNIL, FEIGNEAUX et MARTIN. Discours prononcés à l'inauguration du monument élevé à la mémoire du dr Louis Laussedat, à Moulins (Allier), le 7 septembre 1881. Bruxelles, 1881 ; 8°.

D'ARPE (C.). Vaiuolo e vaccinazione. — Lettere popolari. Napoli, 1881 ; vol. 12°.

DESGUIN (V.). Fracture simultanée des rotules par action musculaire. Anvers, 1881 ; 8°.

DESSART (J. B.) et THIEBAULD (C.). Traité de médecine légale vétérinaire. — 2e et 3e sections.— Médecine judiciaire et police sanitaire. Bruxelles, 1881 ; vol. 12°.

DONDERS (F. C.). Twee-en-twintigste jaarlijksch verslag betrekkelijk de verpleging en het onderwijs in het Nederlandsch gasthuis voor ooglijders. Utrecht, 1881 ; vol. 8°.

EXPOSITION INTERNATIONALE D'ÉLECTRICITÉ DE PARIS. — Section belge. — Catalogue officiel. Bruxelles, 1881 ; vol. 12°.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES. — Annales. Tome II (1881). Bruxelles, 1881; vol. 8°.

JANSSENS (E.). Statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise et tableaux nosologiques des décès de la ville de Bruxelles. Année 1880. Bruxelles, 1881; 8°.

LALIEU (A.). Manuel d'oxalimétrie ou méthode de titrages fondée sur l'emploi combiné de l'acide oxalique et du permanganate de potasse applicable à l'essai de substances médicamenteuses, alimentaires, etc. Bruxelles, 1881; vol. 12°.

LEMOIGNE (A.). Discorso pronunziato nella prima seduta della commissione ippica, convocata a Roma nel giorno 30 maggio 1881. Milano, 1881; 8°.

LEVI (M. R.). Della certezza nella medicina moderna. Venezia, 1865; 8°.

— Della frequenza della tenia per l'uso medico della carne di manzo cruda e proposta di sostituirvi quella dei polli domestici (gallinacei). Venezia, 1871; 8°.

— De la flagellation. Paris, 1876; 8°.

— Della flagellazione. Relazione di un caso pratico e considerazioni storiche e mediche. Venezia, 1877; 8°.

— Due casi di sifilide cerebrale; uno a forma congestiva rapidamente guarito; l'altro di cefalalgia e poi di epilessia unilaterale per gomma caseificata nella seconda circonvoluzione frontale. Venezia, 1879; 8°.

— Buoni effecti dell' uso locale del cloralio nelle angine difteriche. Venezia, 1879; 8°.

— Cura rapida e felice di empiema sinistro, in una bambina di nove mesi. Firenze, 1879; 8°.

— Della emoglobinuria ad accessi da freddo ed accenno alla pretesa intossicazione chinica. Firenze, 1881; 8°.

LEVI e MARINI (A.). Alcune osservazioni sulla cura del colera. Venezia. 1867; 8°.

PACINI (F.). Di alcuni metodi di preparazione e conservazione degli elementi microscopici dei tessuti animali e vegetali. Napoli, 1880; 8°.

— Della respirazione artificiale, praticata secondo i principj salutari della vera scienza. Firenze, 1880; 8°.

— Del processo morboso del colera asiatico; del suo stadio di morte apparente e della legge matematica da cui è regolato. Firenze, 1880; 8°.

PEREIRA DE ABREU (E. A.). Memoria sobre o Jurumum ou abobora, com observaçôes clinicas em relaçâo a sua acçâo physiologica e therapeutica. Rio de Janeiro, 1881 ; 8°.

PETIT (A.). Recherches sur la pepsine. Paris, 1881 ; 8°.

SMITHSONIAN INSTITUTION. — Annual report of the Board of regents, showing the operations, expenditures, and condition of the Institution for the year 1879. Washington, 1880 ; vol. 8°.

THÉVENOT (A.). Note sur un cas de pustule maligne traitée par la teinture d'iode. Paris, 1881 ; 8°.

THIRY. Hernie inguinale constituée par la plus grande partie de la masse intestinale. — Taxis et compression progressifs périodiquement répétés pendant quatre mois. — Réduction et guérison. Bruxelles, 1881 ; 8°.

VANDER HAEGHEN (F.). *Bibliotheca belgica*. — Bibliographie générale des Pays-Bas ; 13e, 14e, 15e et 16e livraisons. Gand, 1881 ; 12°.

WASSEIGE (A.). Essais pratiques du dernier modèle du forceps Tarnier. Paris, 1881 ; 8°.

WILLEMS. L'inoculation critère de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines. Bruxelles, 1881 ; 8°.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1881.



PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

M. le Ministre de l'Intérieur adresse à l'Académie :

a). Une brochure, que son collègue des Affaires étrangères lui a transmise, et qui a été publiée par M. le dr Charnaux, médecin consultant à Vichy, sous le titre d'*Etude sur l'étiologie de la variole et sur la vaccination des animaux de l'espèce bovine comme moyen prophylactique;*

b). Les deux volumes que vient de publier la Société royale de médecine publique de Belgique, et qui contiennent les rapports présentés à l'assemblée nationale scientifique de cette société, en 1880, ainsi que les discussions qui ont eu lieu à cette occasion;

c). Un exemplaire d'une publication de M. Van Gael, attaché au ministère de l'intérieur, qui a pour titre : *Etude sur les appréciations émises par les autorités médicales et administratives, ainsi que par les associations savantes au sujet de l'organisation d'un service médico-rural des indigents.* Vol. in-12.

— L'Institut royal des sciences, lettres et arts de Venise fait parvenir le programme des questions qu'il a mises au concours pour les années 1882, 1883 et 1884. — Dépôt à la salle de lecture.

— M. le dr Oidtmann, à Linnich, a adressé, le 3 octobre courant, une circulaire par laquelle les médecins, publicistes, députés, etc., étaient invités, au nom du comité général, à assister au deuxième congrès de la Ligue internationale des anti-vaccinateurs qui a eu lieu, à Cologne, du 10 au 13 de ce mois. Cette circulaire était accompagnée du programme de ce congrès. — Même dépôt.

— M. le dr Laskowski, professeur à la faculté de médecine de Genève, informe, par une lettre circulaire, que le gouvernement du canton de Genève vient de créer une École scientifique et professionnelle d'art dentaire, et fait en même temps parvenir une brochure contenant le règlement, le programme des examens et le plan d'études de cette école — Même dépôt.

— M. Liagre, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, fait connaître que la classe des beaux-arts tiendra sa séance publique annuelle le dimanche, 30 octobre courant, à une heure, dans la grande salle du Palais des Académies, et adresse des cartes d'invitation à cette réunion pour les membres de la Compagnie. — Remercîments.

— M. le dr Félix, à Bruxelles, a demandé à pouvoir faire prendre copie de son mémoire sur le phosphore, qui a été l'objet d'un rapport communiqué à l'Académie dans sa dernière réunion. — Conformément à l'article 105 du règlement, l'autorisation lui en a été accordée.

— M. le dr Casse, correspondant, adresse un pli cacheté

et demande à l'Académie de bien vouloir en accepter le dépôt. — Accepté.

— M. le président charge le secrétaire de donner lecture d'une lettre que vient de lui adresser M. Boëns, au sujet du différend qui existe entre lui et M. Willems, sur la question de priorité, relativement à l'invention de l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse des bêtes bovines.

Après cette lecture M. le président fait remarquer que la lettre de M. Boëns ne renferme que des affirmations personnelles et qu'il y a lieu de passer à l'ordre du jour. — Assentiment.

— Le Conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles; MM. Bertillon, à Paris; Barnes, à Washington; Dele, à Anvers; J. de Soignies, à Mons; Durand-Claye, à Paris; Faliu, à Perpignan; Fraipont, à Liége; Stappaerts, à Louvain et Van den Bosch, à Liége, font hommage de publications dont les titres sont indiqués au paragraphe : OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs de ces dons.

II. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. ZUNDEL, intitulé : La peste ou distomatose des écrevisses. — M. WEHENKEL, rapporteur.

Le travail de M. Zundel, vétérinaire supérieur d'Alsace-Lorraine, que vous avez bien voulu soumettre à l'examen de M. Thiernesse et de moi, attire l'attention sur une maladie qui, depuis quatre ou cinq ans, occasionne, parmi

les écrevisses d'un grand nombre de viviers de l'Europe centrale, une mortalité telle que ces crustacés ont succombé par milliers en quelques jours. Les écrevisses, qui autrefois figuraient si souvent sur les menus de nos banquets et dont la chair était tant estimée des gourmets, deviennent de plus en plus rares; elles ont presque complètement disparu des rivières, depuis la Meuse et la Saône jusqu'au Danube et l'Oder.

Pour donner une idée de l'importance de cette maladie que, en raison de sa marche rapide et de sa gravité, on a qualifiée de *peste*, il nous suffira de dire que Küffer, le grand pisciculteur de Munich, a perdu, par suite de cette peste, 25,000 écrevisses en déans quatre semaines, et que, dans un seul des viviers de Washington, propriétaire à Pols Autriche), plus de 3,000 de ces crustacés ont succombé en un jour.

M. Zundel nous retrace dans son travail la marche de cette maladie; il relate les observations anciennes que l'on peut rapporter à cette affection et donne ensuite un court aperçu des manifestations morbides qui la caractérisent

M. Harz, professeur à l'école vétérinaire de Munich, à qui nous devons une très intéressante monographie de cette maladie, a établi que, malgré la grande extension qu'elle a prise en si peu de temps, il n'y a pas lieu de la ranger parmi les maladies contagieuses.

M. Zundel partage cette manière de voir et attribue, comme M. Harz, la *peste* des écrevisses à l'existence d'un parasite habitant les muscles de ces crustacés. En général, ce parasite n'est autre que celui décrit par de Baer sous le nom de *distoma cirrigerum*; parfois on rencontre cependant, chez les malades, un autre distome, celui dé-

crit par Rudolphi, sous le nom de *distoma isostomum*.

Ces distomes se trouvent chez les écrevisses malades sous forme de cercaires libres ou enkystés; ils sont la seule cause de la peste des écrevisses (Harz, Zundel), affection qui n'est pas sans quelque analogie avec la trichinose.

M. Zundel, après avoir fait l'exposé des symptômes et des lésions nécroscopiques de cette maladie, en étudie les causes et recherche l'espèce animale dans laquelle les distomes atteignent leur développement parfait.

D'après lui, comme d'après M. Harz, l'autosite qui héberge ce parasite à l'état parfait, appartient probablement à la classe des poissons; c'est peut-être, dit M. Zundel, et comme l'avance également M. Harz, un cyprin (la carpe ou la tanche), mais c'est peut-être aussi, ajoute-t-il, l'anguille.

Une observation, rappelée par M. Zundel, paraît favorable à cette dernière hypothèse.

Comme conclusion de son travail, le savant praticien de Strasbourg établit que :

1° Il ne faut pas nourrir les écrevisses avec les viscères des cadavres de poissons, à moins de les avoir au préalable soumis à la cuisson;

2° Il ne faut pas non plus élever des poissons dans les viviers et réservoirs dans lesquels on entretient des écrevisses;

3° Les écrevisses destinées à repeupler un cours d'eau où la peste a régné, doivent être maintenues, pendant une année au moins, dans un réservoir ne renfermant pas de poissons.

Le travail de M. Zundel attire l'attention sur une maladie qui, pour ne sévir que sur l'un des crustacés qui ne sont consommés, généralement, que par les gourmets, n'en occasionne pas moins des pertes importantes.

Dans notre rapport, nous nous sommes bornés à indiquer les principaux points de ce travail qui présente, à notre avis une importance suffisante pour mériter d'être imprimé dans le Bulletin de l'Académie.

Nous avons donc l'honneur, messieurs, de vous proposer : 1° de remercier M. Zundel de sa communication ; 2° d'insérer son travail dans le Bulletin ; 3° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

— Personne ne demandant la parole sur ces conclusions, elles sont mises aux voix et adoptées.

2. RAPPORT de la commission qui a été chargée d'examiner le travail de M. le dr VANDEN BOSCH, intitulé : Bassin rachitique cyphotique. — Présentation du sommet. — Palper très favorable. — Application du forceps Tarnier. — Enfant vivant. — Femme guérie. — M. PIGEOLET, rapporteur.

Messieurs, vous avez renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Deneffe et Pigeolet, le travail de M. Vanden Bosch, assistant à la clinique obstétricale de l'Université de Liége, et qui vous est parvenu par l'intermédiaire de M. le professeur Wasseige, correspondant.

La femme qui fait le sujet de l'observation de M. Vanden Bosch est âgée de 30 ans et primipare ; elle présente les traces d'une diathèse rachitique très prononcée, qui ne lui a permis de marcher qu'à l'âge de 9 ans.

Le bassin offre les particularités suivantes : le promontoire, situé à gauche de la ligne médiane, est difficile à atteindre ; la pelvimétrie externe et la mensuration digitale donnent 9 centimètres au diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ; le bi-ischiatique n'a que 7 centimètres.

La femme se dit à terme.

L'un des motifs qui ont engagé l'auteur à communiquer cette observation à la Compagnie, c'est la facilité et la grande netteté avec lesquelles on a pu reconnaître les différentes parties du fœtus par le palper abdominal.

La tête, qui se trouve à la partie déclive vers la fosse iliaque, obéit au mouvement de ballottement qu'on lui imprime; en suivant le dos obliquement de gauche à droite, on perçoit nettement la série des apophyses des vertèbres; plus bas, en avant, on peut sentir les côtes droites du fœtus; plus bas encore, les petits membres; le siége est à droite, vers le fond de la matrice; on parvient à suivre manifestement la crête de l'os iliaque.

Le point d'insertion du placenta se décèle également : l'épaisseur du tissu y est plus grande qu'ailleurs et reste plus molle pendant la contraction utérine.

La tête ne franchit le détroit supérieur en position transversale qu'après la rupture de la poche; quatre heures et demie plus tard, la tête, en première position, ne faisant plus de progrès, le méconium souillant les eaux, les battements cardiaques du fœtus devenant moins audibles, les contractions utérines moins accentuées, et, vu le rétrécissement bi-ischiatique, on pratique l'extraction du fœtus au moyen du forceps de Tarnier, dernier modèle, après avoir produit l'anesthésie par le chloroforme.

L'opération fut heureuse pour la mère et l'enfant; ils quittèrent la maternité dans de bonnes conditions, vingt jours après leur entrée.

L'auteur donne ensuite quelques développements aux circonstances spéciales de ce cas.

Les progrès réalisés dans ces dernières années, concer-

nant les données que l'on peut recueillir par l'exploration abdominale, sont bien remarquables et présentent d'autant plus d'intérêt qu'anciennement, lorsque l'on en était réduit à l'exploration vaginale, on restait dans l'ignorance de bien des faits jusqu'à une époque du travail où les renseignements obtenus par cette voie n'offraient plus, à beaucoup près, la même utilité au point de vue surtout des indications.

L'exploration de l'abdomen par les divers modes d'investigation permet actuellement de recueillir une foule de renseignements utiles, même avant le travail : sur l'état de simplicité ou de multiplicité de la grossesse, sur le volume du fœtus, la quantité d'eau amniotique, la présentation, la position, l'état de santé ou de souffrance de l'enfant, même sur son sexe, et sur le point d'insertion du placenta, qui, comme le dit M. Van den Bosch, quand il est accessible, présente un relief et une sensation de mollesse contrastant avec les points voisins de la paroi utérine, surtout pendant la contraction de l'organe. Il semblerait même, circonstance qui ne paraît pas avoir encore fixé l'attention, que le point de la paroi qui donne attache au placenta ne participe à la contraction générale de l'organe que d'une manière restreinte. Cette condition donnerait l'explication du fait que, dans maint accouchement, le travail peut aboutir à l'expulsion du fœtus, le gâteau placentaire conservant l'intégrité de ses attaches et sans la moindre apparence de sang.

Ces quelques réflexions ont pour but de vous faire connaître, messieurs, que la commission considère l'observation de M. Van den Bosch et les considérations qui l'accompagnent comme présentant assez d'intérêt pour en demander l'impression au Bulletin. Elle vous propose en outre d'adresser des remercîments à l'auteur. — Adopté.

3. RÉSUMÉ du rapport de la commission des épidémies sur la communication faite par M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, concernant la relation de l'épidémie de variole qui a sévi à Bercheux (Jusseret), que lui avait adressée M. HENROZ, président de la commission médicale de la province de Luxembourg. — M. JANSSENS, rapporteur.

L'Académie a reçu le 16 mai dernier de M. le Ministre de l'intérieur, des documents relatifs à une épidémie de variole qui sévissait à cette époque dans la petite localité de Bercheux, dépendant de la commune de Jusseret.

La commission des épidémies à laquelle ces documents ont été renvoyés, a chargé M. Janssens d'exposer les considérations auxquelles ils ont donné lieu. Ces pièces sont accompagnées de deux tableaux statistiques contenant, l'un, l'énumération détaillée des cas de décès survenus dans la localité, depuis le 25 janvier jusqu'au 2 avril 1881 ; l'autre, les résultats d'un recensement vaccinal fait le 13 avril dans la plupart des familles, visitées par le fléau.

M. le rapporteur signale des desiderata dans ces tableaux. Il voudrait qu'ils fussent dressés conformément aux instructions générales formulées par l'Académie, en 1865, pour les médecins qui ont à faire la relation des maladies épidémiques.

La relation officielle, rédigée à la demande du département de l'intérieur, constate que le hameau de Bercheux, qui compte 399 habitants et 82 feux, ne se trouve pas dans des conditions hygiéniques de nature à rendre compte de la violence et de la persistance avec lesquelles la variole y a sévi.

L'auteur de la relation étaye cette appréciation sur des remarques qu'il a faites relativement à la situation du cime-

tière, à l'état général des habitations et de leurs annexes, aux voies de communication, aux habitudes et aux mœurs de la population, etc. Il ne s'explique pas au sujet des mesures d'hygiène publique prises par l'administration locale.

Dans la persuasion que le vaccin trop humanisé a perdu une partie de sa puissance primitive, le délégué de la commission médicale se déclare partisan de l'emploi plus général du vaccin animal. Cette conclusion ne découle pas directement des faits produits; il exprime aussi l'opinion que les enfants de Bercheux, qui n'offraient qu'une ou deux cicatrices vaccinales, rarement trois, n'étaient pas suffisamment prémunis contre les atteintes de l'affection variolique, et, par suite, il demande que le prochain règlement sur la vaccine, dont fait mention l'art. 25 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, prescrive que le nombre des pustules soit de six au moins, trois à chaque bras.

Tout en faisant nos réserves, dit M. Janssens, au sujet du nombre de pustules, considéré comme un minimum absolu, nous nous rallions au principe de l'extinction de la réceptivité variolique par de suffisantes inoculations. En attendant, il conviendrait, ajoute-t-il, que la commission des épidémies fût renseignée sur divers points qu'il indique.

La commission propose de demander à M. le Ministre de l'intérieur de bien vouloir inviter M. le président de la commission médicale du Luxembourg à combler les lacunes de son travail, afin d'être mise à même de compléter ultérieurement son rapport.

— Cette proposition est adoptée.

4. RAPPORT de la commission qui a examiné la communication de M. GERARDS, concernant un remède de l'asthme essentiel. — M. KUBORN, rapporteur (1).

Messieurs, M. le Ministre de l'Intérieur a renvoyé à l'examen de l'Académie une note de M. Gerards, maréchal vétérinaire, à Fall-Mheer, relative à un remède contre l'asthme essentiel.

Un échantillon de la préparation accompagne la lettre de M. Gerards.

Celui-ci désire avoir l'avis de la Compagnie sur la valeur de ce médicament et se propose de demander au gouvernement l'autorisation de pouvoir le prescrire aux personnes atteintes de la susdite affection.

La préparation dont il s'agit est composée de feuilles choisies, mondées, hachées, de belladone, de stramoine de jusquiame, imprégnées de nitrate de potasse, ainsi que de pavot noir et de capsules de pavot somnifère.

Il y a longtemps que la belladone, la stramoine et la jusquiame sont employées pour combattre l'asthme nerveux.

La vertu de la belladone, à cet égard, est si notoire, que les cigarettes dites indiennes, au lieu d'être composées de *cannabis* ou de feuilles imbibées de cannabine, matière résineuse du hachisch, le sont le plus souvent de feuilles de belladone (2).

Les cigarettes d'Espic, de Bordeaux, qui jouissent depuis de nombreuses années d'une assez grande vogue dans l'asthme idiopathique et les catarrhes pulmonaires com-

(1) Commissaires : MM. CROCQ, KUBORN et PIGEOLET.
(2) *Zeitschrift des Allgem. öster Apotheker. Ver.*; XVIII, 1880.

pliqués d'accidents nerveux, sont ainsi compsées : feuilles mondées, hachées et mêlées de belladone, de jusquiame noire, de stramoine, de phellandre aquatique, imbibées d'extrait gommeux d'opium dissous dans de l'eau de laurier-cerise.

Dans la préparation de M. Gerards l'opium est remplacé par le pavot noir et les capsules du pavot somnifère, qui contiennent de la morphine; l'opium que l'on retire du premier renferme de 13 à 17 p. c. de morphine.

Ainsi, les principes qui entrent dans la composition de la poudre végétale anti-asthmatique soumise à notre examen, sont non seulement depuis longtemps connus et employés contre l'asthme essentiel, mais leur association même ne constitue pas une découverte.

En ce qui concerne l'autorisation, que M. Gerards a l'intention de solliciter du gouvernement, de prescrire son remède aux personnes atteintes d'asthme essentiel, l'Académie n'a à prendre aucune conclusion, les lois sur la matière étant suffisamment explicites à cet égard.

— L'assemblée se range à cet avis et décide, en conséquence, que le rapport de la commission sera imprimé dans le Bulletin et transmis à M. le Ministre de l'Intérieur.

5. DISCUSSION du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. le dr FÉLIX, portant pour titre : De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaire.

M. le Président donne la parole à M. Kuborn, rapporteur.

M. Kuborn. — Messieurs, l'action du phosphore sur

les voies urinaires ayant été traitée dans le mémoire de M. Félix, j'ai cru devoir entreprendre des expériences au sujet de cette importante question.

J'ai fait jusqu'à présent 22 analyses d'urine de personnes soumises à la médication phosphorée. Dans une prochaine séance, je serai à même de communiquer à l'Académie les résultats de mes recherches.

M. Dumoulin. — Messieurs, j'ai lu attentivement le rapport de la commission sur le mémoire de M. Félix, mais il m'a été impossible de venir au Secrétariat prendre connaissance de ce travail.

Je ne pourrais donc pas prendre utilement part aujourd'hui à l'importante discussion qui vient d'être ouverte. Je propose de l'ajourner à la prochaine séance. — Adopté.

6. DISCUSSION de la question de l'incoercibilité des vomissements pendant la grossesse.

M. le Président donne la parole à M. Craninx.

M. Craninx. — Messieurs, divers moyens ont été opposés aux vomissements incoercibles pendant la grossesse, et le plus souvent sans résultat. Dans bien des cas, ces vomissements persistent jusqu'au moment où le fœtus est expulsé. Dans ma pratique, j'ai constaté un fait dont on n'a peut-être pas assez tenu compte dans le traitement de l'état pathologique dont il s'agit.

A mon avis, les vomissements incoercibles se rattachent souvent à des irritations ou à des inflammations qui ont leur siége dans l'utérus et les autres organes de l'appareil génital.

Je pourrais rapporter beaucoup d'observations à l'appui de cette opinion, mais je me bornerai à la simple mention

de celle d'une dame atteinte de vomissements incoercibles, qui avaient résisté à divers moyens thérapeutiques et qui furent arrêtés en quelques jours par une application de sangsues sur le col de l'utérus.

Je tenais à vous citer ce fait, parce qu'il peut être utile de s'en souvenir.

M. le Président. — Personne ne demandant la parole, je déclare la discussion close.

7. DISCUSSION des communications de M. HYERNAUX, concernant l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine en obstétrique.

Cet objet sera rayé de l'ordre du jour, aucun membre n'étant disposé à le discuter.

8. DISCUSSION du rapport de la commission qui a examiné le travail de M. NICOLICH, relatif aux épanchements purulents dans les plèvres.

Personne ne demandant la parole, la discussion est close.

9. DISCUSSION du rapport de la commission des épidémies sur la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1879, à Couthuin.

M. Kuborn. — Pour aborder la discussion de cette question qui offre, au point de vue de l'étiologie médicale, un très grand intérêt, il importe de revoir les documents qui s'y rapportent.

Or, personne ne s'attendait à ce qu'on arrivât aujourd'hui à ce point de l'ordre du jour. Je ne suis pas, quant à moi, en

mesure de discuter maintenant le rapport dont il s'agit. Je demande donc que cet objet soit maintenu à l'ordre du jour. — Adopté.

10. COMMUNICATION verbale de M. HYERNAUX, correspondant, relative à l'extirpation de la matrice et à la présentation d'un nouvel instrument pour cette opération.

M. Hyernaux. — Je désire faire à l'Académie une courte communication; voici à quel propos. Dans le courant de l'année 1878, M. le professeur Wasseige, de Liége, a communiqué à l'Académie deux cas fort intéressants d'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique d'après la méthode du docteur Porro, de l'Université de Pavie.

La première de ces opérations a parfaitement réussi; la seconde fut un insuccès.

Ce dernier cas, du reste, n'était pas aussi favorable que le premier; la femme était en effet d'une santé fort délabrée, et ce qui a surtout concouru, à mon avis comme à celui de M. Wasseige, à amener un résultat fatal, c'est un accident qui survint pendant le cours de l'opération. Lorsque l'incision abdomino-utérine fut faite d'après le procédé de Mauriceau et que l'enfant eut été extrait, M. Wasseige appliqua sur le col de l'utérus la chaîne d'un écraseur. Au moment de la constriction, cette chaîne, qui devait seulement agir comme hémostatique, entama le tissu utérin ramolli et une hémorrhagie formidable se déclara. Il n'est pas douteux que cette cause peut avoir contribué pour une grande part à l'insuccès de l'opération pratiquée par notre habile collègue.

A la suite de cet accident, M. Wasseige réfléchit naturellement au moyen d'en éviter désormais le retour, et ses

méditations l'amenèrent à imaginer un instrument qu'il présenta à la Compagnie en même temps que sa seconde observation (1).

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, cet instrument dont la pièce principale consiste en une lame en acier, large d'un centimètre environ, afin d'embrasser circulairement et sur une hauteur équivalente le col utérin, dont la section intempestive serait moins à redouter par cette bande métallique que par la chaîne plus étroite de l'écraseur ou par le fil de fer du constricteur de Cintrat.

A l'aide d'un mécanisme fort ingénieux, M. Wasseige compte arriver à opérer la constriction d'une manière lente, progressive, jusqu'à hémostase complète; après quoi il enlève les organes utéro-ovariens.

Quant au moignon, on le traite suivant les idées que l'on a adoptées, c'est-à-dire qu'il est retenu à l'extérieur ou rejeté dans la cavité abdominale, comme on le fait généralement dans l'ovariotomie, et comme il m'est avis qu'il est préférable de le faire toujours.

L'instrument de M. Wasseige, je viens de le dire, est très bien conçu; mais il me paraît présenter des inconvénients: d'abord, une lame d'acier est extrêmement fragile, tout ressort casse avec la plus grande facilité; un petit mouvement dans un sens ou dans un autre suffit pour le briser net; d'autre part, je crains fort qu'il ne soit pas aussi peu vulnérant qu'on le suppose à priori. Ses bords ne vont-ils pas couper le tissu utérin? Enfin, quand on doit détacher le petit appareil, tout en laissant en place le ruban constricteur, il faut un sécateur pour couper les deux chefs; ceux-

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XII, 3e série, année 1878, p. 758.

ci doivent être ensuite enroulés sur eux-mêmes à l'aide d'une pince ordinaire et maintenus en rouleaux par une ligature en fil d'argent.

Je crois, messieurs, pouvoir vous présenter un instrument hémostatique qui offre tous les avantages de celui de M. Wasseige, sans en avoir les inconvénients. Il est fort simple; je tiens d'ailleurs à vous faire remarquer que je ne m'en prévaux pas le moins du monde, car à ce que j'ai fait, il n'y a pas grand mérite. En effet, il m'a suffi de prendre deux portions d'instruments bien connus, le corps de l'un et la tête de l'autre, pour faire celui que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

C'est tout bonnement le mécanisme de l'écraseur, avec la pièce mobile, modifiée, du tord-fil de Cintrat. Seulement, au lieu de la chaîne de Chassaignac, du fil de fer de Cintrat et du ruban en acier de Wasseige, j'ai adopté une corde à trois ou quatre gros torons en soie à coudre. On pourrait aussi utiliser un large et fort ruban en fil, en coton ou mieux en soie. Ce lien assez long pour être fixé à la cuisse de l'opérée en cas de besoin, passe par chacun de ses bouts dans deux canaux pratiqués parallèlement à l'axe de la portion mobile, sous une pièce qui forme étau et qui est serrée et relâchée à volonté par une vis de pression. Les deux chefs du constricteur, sortent sur les côtés de la pièce mobile et sont liés à un curseur mis en mouvement par la longue vis qui parcourt la tige de l'instrument et dont le jeu agrandit ou rétrécit à volonté l'anse comprimante.

Lorsque la striction du col est suffisante, le ruban est fixé sur place à l'aide de la vis qui serre l'étau, les chefs sont dénoués du curseur et la tige est alors retirée. L'hémostase ainsi obtenue, et une longue aiguille de sûreté

étant passée à travers le col au-dessus du lien, l'opérateur enlève l'utérus, pose les ligatures définitives au moignon, lie isolément les vaisseaux pour plus de sécurité, procède à la toilette du péritoine, ainsi qu'à tous les détails de l'opération, et finalement il enlève le ruban constricteur devenu inutile, en détournant la vis du petit étau, et fait enfin le pansement de la plaie abdominale.

Le même instrument pourrait être utilisé comme écraseur extemporané ou par constriction journellement augmentée. Il suffirait pour cela de substituer au ruban une chaîne, un fort fil de fer ou bien encore une corde métallique (1).

III. — NOMINATION DES PRÉSIDENTS ET DES SECRÉTAIRES DES SECTIONS POUR L'ANNÉE 1882.

Appelées, dans leur réunion de ce jour, à faire choix, chacune, d'un président et d'un secrétaire pour l'année 1882, les sections ont nommé :

La 1re, M. Boddaert, président, et M. Masoin, secrétaire;

La 2e, M. Lefebvre, président, et M. Willième, secrétaire;

La 3e, M. Deneffe, président, et M. Gallez, secrétaire;

La 4e, M. Janssens, président, et M. Barella, secrétaire;

La 5e, M. Gille, président, et M. Chandelon, secrétaire;

La 6e, M. Wehenkel, président, et M. Degive, secrétaire.

(1) Au sortir de la séance académique, notre collègue, M. Hieguet, de Liége, nous a fait remarquer que tout constricteur en métal ou en tissu est inefficace, parce qu'il est impuissant à suivre le dégorgement du moignon utérin, et que partant il est susceptible de lâcher prise. Cet honorable membre préfère un cordon en caoutchouc dont le retrait est de tous les instants, ce qui permet à ce lien de s'accommoder à l'amincissement du moignon. L'observation est fort judicieuse et mérite un essai comparatif de l'instrument armé d'une corde élastique et d'un ruban tel que nous le proposons.

Le constricteur dont nous venons d'entretenir l'Académie a été fabriqué par M. Lindenmaier, à Bruxelles.

IV. — COMITÉ SECRET.

A une heure et demie l'Académie entre en comité secret pour les objets suivants :

1. Discussion des rapports de la 1re et de la 2e section pour la présentation de candidats, afin de pourvoir aux siéges vacants dans leur sein.

Ces rapports ne donnent lieu à aucune observation ; ils sont adoptés. L'Académie procédera aux élections dans sa prochaine séance.

2. Election d'un membre titulaire dans la 2e section, en remplacement de M. Boulvin, décédé. — Candidats : MM. Vanden Corput et Willems.

Le dépouillement du scrutin donne, sur 29 votants, 25 suffrages à M. Willems, qui est, en conséquence, proclamé membre titulaire.

3. Election d'un membre titulaire dans la 3e section, en remplacement de M. Burggraeve, promu à l'honorariat. — Candidats : MM. Hubert et Wasseige.

M. Wasseige, ayant obtenu 26 voix sur le même nombre de votants, est proclamé membre titulaire.

4. Election d'un membre titulaire dans la 4e section (siége nouveau). — Candidats : MM. Desguin et Du Moulin, correspondants.

Le dépouillement du scrutin donne 23 voix à M. Desguin ; il est proclamé membre titulaire.

5. Election d'un membre titulaire dans la 5e section (siége nouveau). — Candidats : MM. Belval et Van Bastelaer, correspondants.

M. Van Bastelaer obtient 27 voix et est proclamé membre titulaire.

— Ces nominations seront soumises à l'agréation du Roi.

6. *Election du président et des vice-présidents pour l'année* 1882.

M. Thiry, président, engage les honorables collègues qui ont manifesté l'intention de lui accorder leurs suffrages à bien vouloir les reporter sur un autre membre; il déclare qu'il n'accepterait pas le renouvellement de son mandat.

Au scrutin ouvert pour l'élection du président de l'Académie pour l'année 1882, M. Michaux obtient 24 voix sur 27 votants. En conséquence, il est proclamé président pour l'exercice 1882.

M. Michaux remercie l'Académie de l'insigne honneur qu'elle vient de lui faire, en l'appelant à diriger ses travaux l'année prochaine. Il s'attachera, dit-il, à justifier sa confiance, par le zèle et l'impartialité dont il ne se départira point dans l'accomplissement de ses fonctions.

— Le scrutin ouvert ensuite pour la 1re vice-présidence reste sans résultat, aucun membre n'ayant obtenu les suffrages des deux tiers des membres, requis par les statuts. Un nouveau scrutin sera ouvert dans la prochaine séance pour cette élection.

— Au scrutin pour la seconde vice-présidence, M. Pigeolet obtient les suffrages des deux tiers des membres et est proclamé second vice-président pour l'année 1882.

— La séance est levée à deux heures et demie.

1. LA PESTE ou distomatose des écrevisses ; par A. ZUNDEL,
vétérinaire supérieur d'Alsace-Lorraine, à Strasbourg.

Il n'est personne qui n'ait entendu parler de la terrible épizootie, qui, comme une espèce de peste, a fait disparaître, en moins de quatre ou cinq années, toutes les écrevisses de la moitié des rivières de l'Europe centrale. Ce crustacé, si recherché et si estimé, n'existe presque plus que de souvenir dans de vastes étendues de pays, depuis la Meuse et la Saône jusqu'au Danube et l'Oder.

Tout semble indiquer que cette terrible peste a pris naissance en Alsace; du moins, si nous consultons les auteurs, c'est en ce pays qu'on a jeté le premier cri d'alarme. On a, dès juin 1878, constaté que les écrevisses diminuaient rapidement dans les divers cours d'eau. Cette observation fut faite aussi bien dans la Haute-Alsace que dans la Basse-Alsace, particulièrement dans l'Ill, rivière qui parcourt, du Sud au Nord, presque toutes les plaines de la contrée, et dont les écrevisses étaient particulièrement renommées, tant sous le rapport de la quantité que de la qualité. Non seulement ces crustacés manquaient dans la plupart des rivières, mais ceux qui étaient retenus dans les viviers ou les réservoirs de pêche mouraient aussi en fort peu de temps. Dès 1879, le conseil général de la Basse-Alsace se fit l'écho des plaintes des populations et particulièrement des pêcheurs; sur l'avis motivé de M. Hack, directeur de l'établissement de pisciculture de Huningue, on défendit, d'une part, la pêche des écrevisses pendant trois ans, et l'on vota, d'autre part, un crédit pour opérer le repeuplement des cours d'eau avec des écrevisses provenant de pays non encore infectés.

Cependant, presqu'à la même époque, en 1878, on eut à signaler la peste des écrevisses dans presque tous les pays avoisinant l'Alsace-Lorraine, notamment en Suisse, dans les affluents de la Birse et de l'Aar, et en France, dans le Doubs, la Saône, la Meuse et la Moselle.

En Belgique, on se plaint également, depuis quelques années, de la grande mortalité qui règne parmi les écrevisses, mortalité que les uns rapportent à des modifications dans la composition de l'eau ; les autres, à une maladie particulière, la présence d'un parasite de ces crustacés.

En ce qui concerne le Grand-Duché de Luxembourg, on nous apprend que, il y a 2 ou 3 ans, l'écrevisse a disparu complètement et subitement de la Moselle, et que, de là, la mortalité s'est propagée parmi ces crustacés dans les affluents de cette rivière, ainsi que parmi ceux de la Sûre ; actuellement l'écrevisse a disparu de tout le Luxembourg jusqu'au pied des Ardennes. Tous les cours d'eau de la partie du Grand-Duché, dite « *le bon pays* », sont aujourd'hui dépourvus de ce crustacé qui autrefois y était abondant ; on ne le retrouve plus que dans les ruisseaux des Ardennes. La disparition de cet animal a eu lieu d'une saison à l'autre.

En Allemagne, la maladie a été constatée dans la plupart des cours d'eau du Duché de Bade, du Wurtemberg, de la Bavière, d'où la maladie a pénétré, d'une part, dans la Basse-Autriche, la Carinthie et la Styrie ; d'autre part, dans la Saxe et une grande partie de la Prusse. Au moment où nous écrivons ces lignes, on annonce l'apparition de cette maladie en Poméranie où elle n'avait pas régné avant le dégel des cours d'eau.

D'après le dr Micha (1), la peste des écrevisses aurait

(1) *Deutsche Fischerzeitung*, 1881, p. 353

cependant déjà existé en, 1874, dans la province de Magdebourg, notamment dans la Sprée, près de Furstenwalde. Il paraît qu'elle existe aussi depuis quelque temps en Suède. Au point où en est la maladie aujourd'hui (printemps 1881), il est plus facile d'énumérer les pays qui n'en sont pas encore atteints que d'indiquer ceux où ce fléau sévit. Les pays encore épargnés sont, pour l'Europe centrale, en Allemagne : la Prusse orientale et occidentale, Posen et la Silésie ; en Autriche : la Bohême, la Moravie, la Hongrie, la Gallicie, la Transylvanie, la Carniole, la Croatie et le Tyrol. Elle n'a pas été jusqu'à ce jour signalée en Italie, pas plus que dans l'ouest de la France, ni même dans le bassin de la Seine.

La grande étendue des pays où la peste des écrevisses s'est déclarée en si peu de temps et sa propagation à travers toute l'Europe centrale sont une preuve de la marche rapide de cette maladie et de son extrême gravité. Avec une propagation et une mortalité plus considérables que les pestes qui ont jusqu'ici sévi soit sur les hommes, soit sur les animaux, la peste des écrevisses a occasionné des désastres dont on ne se fait que difficilement une idée. M. Küffer, grand pisciculteur à Munich, en a vu périr 25,000 en moins de quatre semaines, et, une autre fois, plus de 6,000 en quinze jours (1) ; M. Washington, de Pols (Autriche), en a perdu plus de 3,000 en un jour, dans un seul de ses viviers (2).

La maladie va toujours en remontant les cours d'eau ; c'est ainsi qu'en Alsace, elle a remonté de l'Ill dans ses divers affluents des Vosges, où, pendant quelque temps,

(1) *Jahresbericht der Thierarzeischule zu München.* 1880, p. 74.
(2) *Ibid.*, p. 76.

on ne l'a signalée que dans la partie des vallées où le courant n'est pas rapide, et d'où maintenant elle paraît avoir pénétré jusqu'au fond des vallées, dans les ruisseaux des montagnes, autrefois si peuplés d'écrevisses. De saison en saison, la zône, déjà bien petite, où l'on trouve encore en Alsace des écrevisses saines, va en se rétrécissant. Les écrevisses, apportées de loin pour le repeuplement des cours d'eau, paraissent être aussi devenues victimes de l'épidémie; aujourd'hui ce délicat crustacé est un produit tout à fait absent de nos rivières et n'est presque plus offert sur les marchés.

Les dégats occasionnés par la maladie sont incalculables; les pertes éprouvées par les pêcheurs et les marchands de comestibles s'élèvent à des centaines de mille francs; les pêcheurs et les pisciculteurs ont perdu une branche lucrative de leur industrie, et les restaurateurs sont privés du plaisir d'offrir à leurs clients un des mets les plus recherchés.

Pour clore cette rapide esquisse historique de la peste des écrevisses, il se présente encore une question assez importante à résoudre, celle de savoir si cette maladie si meurtrière est réellement nouvelle. Nous sommes presque obligé de le croire, car nous ne pouvons admettre qu'autrefois, malgré que la concurrence commerciale n'entravât pas autant qu'aujourd'hui la reproduction de ces crustacés, elle eût passé inaperçue. Nous n'en trouvons aucune trace dans les écrits des anciens médecins, et cependant Guersent, Ozanam, Heusinger, dans leur histoire des maladies contagieuses, parlent d'épizooties chez les poissons, et ils ne citent aucune maladie des écrevisses. De Baer, qui, dès 1827, cite le distome cirrigère des muscles des écrevisses, et qui en

a rencontré parfois 200 dans un seul de ces crustacés, n'attribue pas de grande mortalité à ce parasite ; il ne le considère pas même comme cause de maladie (1). M. De Trebold, qui a observé le même distome des écrevisses, en 1835, ne lui attribue pas non plus de maladie grave (2). Il est vrai qu'à cette époque on ne recherchait pas autant qu'aujourd'hui les influences nocives et pathogéniques des helminthes ; on croyait à leur innocuité relative, voire même à leur effet utile et hygiénique. C'est cependant au même distome *(distoma cirrigerum)* que, d'après les intéressants travaux de M. le dr Harz, professeur à l'École vétérinaire de Munich, nous devons attribuer la peste des écrevisses (3). M. le professeur Unterberger, de Dorpat (Russie), est le seul auteur qui parle d'une épidémie des écrevisses, qu'il a observée dans les rivières et les canaux qui ont leur embouchure dans la Néva, et qui réunissent les lacs de Ladoga, Onega, Biela, etc. ; mais il l'attribue au charbon, à la peste de Sibérie, à l'habitude de jeter beaucoup de cadavres dans ces rivières et ces canaux (4).

Les divers auteurs, qui s'occupent de pisciculture, se taisent aussi complètement sur le chapitre des maladies des écrevisses, et ce n'est que dans ces dernières années que quelques savants se sont occupés de la peste dont il s'agit. Nous citerons notamment, sans indiquer spécialement leurs opinions, MM. Hack, de Huningue (5) ; Halden-

(1) *Nov. Act. Acad.* C. L. C. G. *Nat. Curiosior.* ; XII II, p. 555.
(2) *Wiegmann's Archiw* ; 1. 64.
(3) *Jahresbericht der Thierarzeischule zu München*, 1880 : *Beitrage zur Kenntniss der Krebspest. — Deutsche Zeitschrift fur Thiermedicin* ; VII ; 1881 : *Eine Dostomatosis der Flusskretsen.*
(4) RENELT. *Der Siberirche Milzhand* ; 1863.
(5) *Verwaltungs Bericht von Nater Elsan* ; 1879, p. 228

wang, de Baden-Baden (1); Rueff, de Stuttgart (2); Hallier, d'Iéna (3); Bollinger, de Munich (4), et tout particulièrement M. Harz, de Munich (5), auquel nous devons les principaux renseignements qui nous ont permis d'entreprendre ce petit travail.

Nous serons forcément bref pour ce qui se rapporte aux symptômes de cette maladie, dont on constate plutôt les effets ultimes, la grande mortalité et les désastres, que la suite des phénomènes pathologiques. Un de ses premiers signes, c'est de voir les écrevisses marcher presque debout en se tenant raides sur les pattes; elles évitent les mouvements réguliers et rapides, et ne se sauvent plus quand on veut les tenir. Elles ne recherchent plus autant les coins et les anfractuosités des réservoirs; elles restent au contraire au milieu du bassin, évitant tout mouvement inutile et paraissant même craindre les heurts et le toucher des autres crustacés. Elles se réunissent ainsi involontairement en groupes au milieu du vivier, où elles se montrent souvent comme des corps inertes. Lorsqu'elles sont tombées sur le dos, elles n'ont pas la force de se retourner; dans une rivière, elles se laissent entraîner par le courant, sans lui opposer la moindre résistance.

Tandis qu'ordinairement les écrevisses ne se querellent pas entre elles, à moins que ce ne soit l'époque du rut, elles sont, lorsqu'elles sont atteintes de la peste, très irritables et luttent fréquemment entre elles; elles se saisissent vivement et convulsivement entre leurs serres, sans pouvoir

(1) *Deutsche Fischerzeitung*; 1879.
(2) *Schwäbischer Merkur*; 1879, 18 *april.*
(3) *Revue fur Thierheilkunde; Wien* 1880, p. 178,
(4) *Aerztlicher Intelligenzblatt*; 1880.
(5) *Loco citato.*

se lâcher ensuite. Il faut un effort considérable pour séparer ces animaux ainsi entrelacés ; si les deux bêtes, ainsi enchevêtrées, sont malades, on les voit s'arracher mutuellement des membres ; leur séparation n'a lieu que par la perte d'une serre ou d'un pied. Ces faits expliquent pourquoi, dès le début de l'épidémie, et comme signe caractéristique de celle-ci, on trouve toujours nombre de serres et de pattes, détachées des bêtes vivantes, au fond du vivier ou du cours d'eau ; et ce n'est pas une gangrène sèche, analogue à celle de l'ergotisme, qui produit la chute des membres, car M. Harz a observé que des écrevisses malades, maintenues isolées jusqu'au moment de la mort, n'ont pas subi de ces pertes de membres.

On constate aussi chez les malades, une certaine tuméfaction de l'abdomen, de ce qu'on appelle improprement la queue, surtout le pourtour de l'anus qui se trouve envahi ; toute cette partie devient rougeâtre et même translucide.

A un degré plus avancé de la maladie, les écrevisses perdent leur sensibilité et en même temps leur irritabilité : on peut leur toucher les yeux avec les doigts sans qu'elles cherchent à s'y soustraire ; ces organes sont fortement saillants, comme si leurs muscles étaient atteints de parésie. L'animal malade ne se remue plus guère et ne montre que de temps à autre quelques mouvements, accompagnés de contractions spasmodiques. Si l'on prend une écrevisse malade en main, on provoque des mouvements convulsifs ; mais ce ne sont pas ces mouvements brusques et forts, ces claquements dans la queue, propres à l'écrevisse saine, à celle qui a conservé toute la puissance de ses muscles. Les contractions musculaires chez les bêtes malades occasionnent évidemment de la douleur, ou elles sont provoquées par celle-ci.

Les mouvements ordinaires des membres sont lents et souvent désordonnés; les serres ne peuvent plus pincer et les pattes rudimentaires, qui seules se remuent, sont fortement écartées du corps.

La maladie s'aggrave insensiblement et la mort qui survient bientôt est précédée d'une dilatation spasmodique de l'anus, d'où s'écoule du sperme mêlé de mucosités. La maladie ne dure que peu de temps : huit jours au plus, quelquefois à peine trois jours; elle est toujours incurable et généralement mortelle.

Cette maladie est souvent attribuée par les pêcheurs à la présence dans les cours d'eau d'une plante aquatique importée du Canada, vers 1847, et désignée sous le nom d'*elodea canadensis*. Cette plante s'est propagée dans les cours d'eau et les canaux de l'Europe avec une telle rapidité qu'elle gêne souvent la pêche et la navigation; elle a reçu le nom de *peste des eaux*.

Cette opinion n'est basée que sur la coïncidence de l'apparition des deux fléaux.

La peste des écrevisses est essentiellement infectieuse, mais non contagieuse, c'est-à-dire, qu'elle ne se communique pas par simple cohabitation (Harz). Mettez des écrevisses, non encore infectées, dans un bassin où il y a des malades, ou opérez dans le sens inverse, vous verrez les malades mourir en assez peu de temps, tandis que les autres, au contraire, resteront saines. La maladie n'est pas due, en effet, à un germe microscopique qui, comme ceux des affections charbonneuses ou typhoïdes, se détache du malade et va se fixer sur un nouvel être qu'il contagionne. Elle procède d'un être plus complexe, d'un helminthe proprement dit, qui ne se propage pas directement d'une écrevisse à

l'autre, mais qui a besoin pour se reproduire de passer préalablement par un autre hôte, de se développer sur ou dans une autre espèce animale, en vertu de la loi des générations alternantes de Steenstrup. La maladie, suivant l'intéressante découverte de M. Harz, est due à un distome, et il la décrit sous le nom de *distomatose des écrevisses (Distomatosis astacina)* (1).

A l'autopsie des écrevisses malades, on trouve toujours une altération du tissu musculaire; ce tissu est sans consistance, rougeâtre; on le dirait en voie de décomposition; tout comme dans les affections typhoïdes, on n'observe plus au microscope les stries transversales de ses fibres (Rueff). Constamment le dr Harz y a constaté, tantôt libre, tantôt enkysté à la façon des trichines, le trématode décrit par de Baer sous le nom de *distoma cirrigerum* et que cet observateur a découvert, en 1827, dans les muscles des écrevisses, et que de Siebold a décrit également quelques années plus tard. Parfois on trouve chez les écrevisses malades le *distoma isostomum*, décrit par Rudolphi. La présence de ces parasites dans le tissu musculaire explique les douleurs violentes que témoignent les écrevisses; elles sont provoquées à la fois par la migration des distomes, par la perte de substance et par la compression des tissus; ainsi s'expliquent aussi les difficultés du mouvement. Le nombre de ces parasites est très variable; il n'y en a quelquefois que de 3 à 5; mais le plus souvent on en trouve de 20 à 50, et parfois même de 160 à 200.

Le distome cirrigère est le plus commun; libre, il a la forme d'une bourse allongée, avec une bouche formant son

(1) *Deutsche Zeitschrift fur Thiermedicin de Bollinger et Franch*, 1881.

extrémité supérieure et une ventouse latérale située au tiers supérieur de son corps; les deux ventouses sont bordées d'une large frange (cirrus), d'où le nom donné à ce ver; l'animal mesure $1^{mm}20$ environ de longueur et a $0^{mm}25$ de largeur. Le kyste est formé par le sarcolemme; il est hyaloïde; il reste mou et élastique; il n'a pas de structure spéciale. Le distome y est comme replié sur lui-même, de sorte que, enkysté, il est plus petit que le ver libre; il occupe moins d'espace; le kyste est de forme arrondie ou légèrement ovale; il mesure $0^{mm}75$ de longueur sur environ $0^{mm}50$ de largeur.

Les distomes enkystés se trouvent surtout dans les muscles de la queue, dans ceux des serres, des pattes, ainsi que dans ceux des mandibules et des antennes. Ils ne sont pas exclusivement logés dans le tissu musculaire; on en trouve aussi dans les autres tissus des intestins, de l'estomac et du cœur, voire même dans ceux des organes génitaux, mais jamais dans les branchies et dans le foie. Les distomes libres occupent ordinairement le tissu cellulaire des organes, mais on les trouve aussi parfois dans la cavité splanchnique.

Les intestins des écrevisses malades sont pâles et vides; on y trouve toujours de nombreuses granulations organiques, des microcoques et parfois des chaînes leptothricales, des bactéries, ce qui indique un état dysentérique.

Il n'y a ordinairement rien d'anormal du côté du cœur, des vaisseaux sanguins, du foie, des organes génitaux et des branchies.

La maladie des écrevisses n'est pas due à des champignons microscopiques, à des bactéries ou à des microbes, comme quelques observateurs (Hack, Hallier, Bollinger)

l'ont cru un moment. On trouve parfois de ces infiniment petits chez les écrevisses malades; mais par cela même qu'on n'en trouve pas constamment dans la peste, on ne saurait y découvrir la cause de l'épidémie. Il en est de même des *branchiobdella*, annélides parasites qu'on trouve dans les branchies de l'écrevisse, observées depuis longtemps par Roesel, puis étudiées par Odier (1), et signalées depuis par MM. Ruef et Hilzendorf comme cause de la peste, mais qu'on n'observe pas constamment chez les malades. Ces divers parasites peuvent produire d'autres maladies chez les écrevisses, mais non la peste; ils sont la cause assez ordinaire de la mortalité qu'on observe à peu près constamment dans les viviers des marchands d'écrevisses, et qui parfois s'élève à 15 et 25 %. La seule cause de la peste des écrevisses, ce sont les distomes, lesquels ne manquent jamais dans les animaux malades (Harz).

Il n'est pas bien difficile de constater la présence de ces distomes; il nous est arrivé de les rencontrer sous le microscope, il y a un peu plus d'un an, sans que nous nous soyons rendu exactement compte de la nature de ces parasites. Nous avons pris une écrevisse qui venait de mourir; nous lui avons arraché la queue, séparé les anneaux et mis ainsi à découvert la masse musculaire de cette région et tout l'abdomen. Nous dilacérâmes ces tissus et recueillîmes le suc qui s'en écoulait sur le porte-objet d'un microscope; nous aperçûmes alors un nombre assez considérable d'êtres plus ou moins allongés qui se recourbaient, s'étendaient, décrivaient des arcs de cercles, s'entortillaient même comme des serpents. Nous crûmes avoir mis à découvert quelque cercaire, quelque larve de distome, quelque être analogue

(1) GUÉRIN. *Dict. d'histoire naturelle*, II, p. 636.

aux cercaires que l'on obtient, suivant le conseil de M. Van Beneden (1), en dilacérant sur le porte-objet du microscope quelque mollusque d'eau douce, soit des limnées, soit des planorbes des étangs; alors aussi on voit une multitude de cette espèce de têtards qui se débattent et qui s'agitent vivement.

Diverses circonstances, la difficulté de se procurer des écrevisses malades et des occupations plus pressantes, etc., nous empêchèrent de poursuivre notre découverte; nous nous contentâmes de la communiquer à la direction de l'arrondissement de Strasbourg, dans un rapport sur l'étendue de la peste dans cet arrondissement. Ce n'est qu'en lisant, il y a quelque temps, les travaux si intéressants du dr Harz et en comparant sa découverte avec la nôtre, que nous reconnûmes que nous avions eu sous les yeux les distomes de de Baer. M. Harz dit, en effet, que si l'on extrait le distome de sa coque, et qu'on le comprime un peu sur le porte-objet du microscope, on le voit faire des contorsions de tous genres et changer même de forme, s'allonger, se rétrécir, etc.

Les distomes que j'ai eu l'occasion de recueillir sur les écrevisses malades, diffèrent de ceux mentionnés par M. Harz, par un peu plus de longueur et par l'existence non constante d'un appendice caudal. Ils étaient donc à un degré de développement moins avancé que ceux décrits par M. Harz et représentaient de véritables cercaires.

Les distomes de de Baer, que M. Harz a trouvés si fréquemment dans la peste des écrevisses qu'il n'a pas hésité à leur attribuer cette grave maladie, ne sont cependant pas des animaux parfaits; ils ne sont pas comparables aux

(1) *Commensaux et parasites*, p. 176.

distomes hépatiques des ruminants, que nous avons démontré être la cause de la cachexie aqueuse (1); ils n'ont que des organes génitaux rudimentaires; ne pondent pas d'œufs, et ne peuvent se produire dans les écrevisses. Nous avions donc raison de comparer ces êtres agames aux cercaires des mollusques; car, comme ces cercaires et comme ceux d'autres crustacés ou même de vers, il faut que les distomes des écrevisses soient avalés par un animal supérieur, par un vertébré, pour devenir animal parfait et pour pouvoir se multiplier par des œufs.

Il importerait maintenant de connaître l'animal dans lequel habite à l'état parfait le distome qui est la cause première de la peste des écrevisses; c'est probablement un poisson, mais lequel? On sait combien est grand le nombre des distomes; ces parasites fréquentent, à quelques exceptions près, toutes les classes du règne animal; leur nombre est surtout grand dans les poissons. M. Harz pense que c'est probablement dans un cyprin, notamment la carpe ou la tanche que vit le distome parfait de l'écrevisse; peut-être que c'est dans l'anguille, comme semblerait le prouver l'observation suivante faite en Suède et rapportée par le dr Liuroth à M. Harz.

Le lit du Klar-elfen était autrefois très riche en belles écrevisses; cette rivière, se continuant par le lac de Menern, auquel succède la cataracte de Trollhaette, se jette à quelques milles plus loin dans la mer. Les poissons venant de la mer ne pouvaient remonter la rivière que jusqu'à la cataracte; parmi eux se trouvaient beaucoup d'anguilles. Il y a quelques années, on a fait un canal qui contourne la

(1) ZUNDEL. *La distomatose ou cachexie aqueuse du mouton.* Strasbourg, 1880.

cataracte de Trollhaete et en utilise la chute d'eau ; depuis lors, les anguilles et d'autres poissons arrivent dans le lac de Menern, remontent dans le Klar-elfen, et les écrevisses ont presque complètement disparu de cette rivière; celles qui s'y trouvaient ont péri de même que celles qu'on y a ensuite importées.

L'anguille peut fort bien avaler les écrevisses à l'époque de la mue, quand leur coquille est molle. Si même un de ces poissons n'avale qu'une seule de ces écrevisses malades, laquelle peut loger, en moyenne, une cinquantaine de distomes, il sera bientôt l'hôte involontaire de tous ces distomes parfaits qui, étant hermaphrodites, ne tarderont pas à expulser un nombre considérable d'œufs. Sans admettre que ces distomes cirrigères soient aussi prolifiques que le distome lancéolé du foie du mouton, qui donne naissance à plus d'un million d'œufs, les distomes avalés par le poisson produiront néanmoins un nombre considérable d'œufs, qui peuvent à leur tour être avalés par des écrevisses ou bien produire des embryons subissant le même sort, directement ou après quelques métamorphoses; les embryons éclos de ces œufs se transforment ensuite en ces distomes imparfaits, cause de la peste. Peut-être y a-t-il entre le poisson et l'écrevisse un autre intermédiaire, quelque mollusque dans lequel l'embryon devient sporocyste avant de devenir cercaire; ce triple hôte qui existe pour bien des distomes, pourrait fort bien exister également pour le distome de l'écrevisse.

En attendant, nous pouvons, nous devons même admettre que l'écrevisse ne s'infecte que quand elle avale les œufs de son distome devenu parfait dans le corps de quelque poisson. Ces œufs, selon toute probabilité, se rencontrent

dans les intestins du poisson et, comme ceux d'autres distomes, ils sont expulsés avec les fèces.

De ces faits, encore fort incomplets, on peut cependant déjà déduire trois enseignements fort importants pour la pratique.

1° C'est une mauvaise habitude que celle de donner à manger aux écrevisses des viscères ou cadavres de poissons, à moins de les soumettre préalablement à une bonne cuisson; mieux vaut leur donner de la viande, du foie ou même des grains.

2° Pour le même motif, on a tort d'élever des poissons dans les viviers et bassins où l'on entretient des écrevisses

3° Les écrevisses destinées à repeupler un cours d'eau où la peste a régné doivent être maintenues, pendant une année au moins, dans un réservoir ne renfermant pas de poissons; pendant ce laps de temps, les germes, parvenus dans un cours d'eau ne contenant pas d'écrevisses, auront naturellement péri.

Disons pour finir et pour être complet, que les divers essais de traitement de cette distomatose sont restés infructueux; l'eau salée, l'eau phéniquée tuent les écrevisses plutôt que leurs parasites. Ces essais nous ont cependant appris que les écrevisses vivent très bien et pendant quelques heures dans une eau contenant en dissolution 1 : 10,000 de permanganate de potasse. Si ce désinfectant est sans action sur le distome de la peste, au moins peut-il servir à débarrasser les écrevisses de divers parasites externes, même de ceux qui s'attachent aux branchies. Ce moyen permet donc de préserver ces crustacés, au moins de l'action de ces derniers.

(Voir, p. 848, pl. représentant le *distoma cirrigerum* libre et enkysté.)

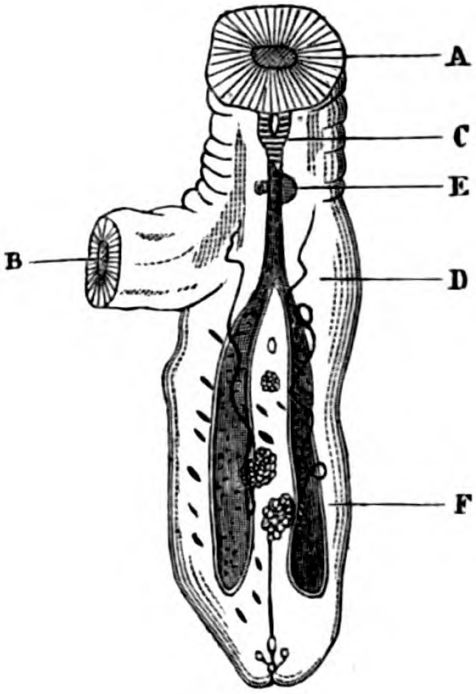


FIG. I.

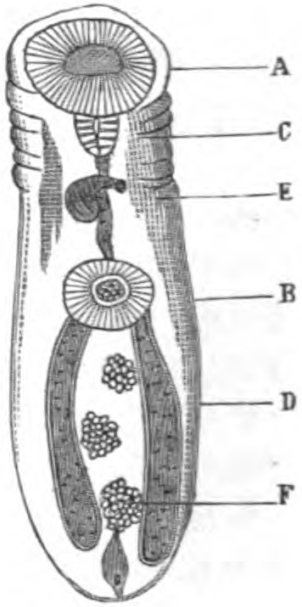


FIG. II.

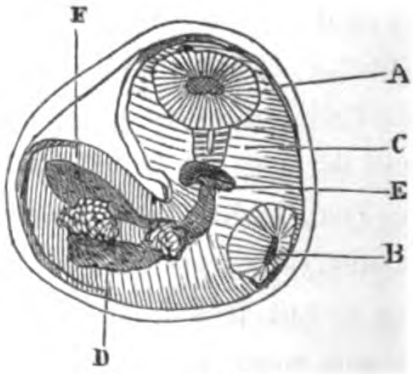


FIG. III.

FIG. I. Distoma cirrigerum libre, vu de côté (gross. 300 fois).
FIG. II. — — — vu de devant.
FIG. III. — — enkysté.

D, D, D, Ventouse terminale et de nutrition. — B, B, B, Ventouse latérale et de locomotion. — C, C, C, Pharynx. — D, D, D, Tube digestif, divisé en deux sacs. — E, E, E, Glande testiculaire rudimentaire. — F, F, F, Ovaires rudimentaires.

2. BASSIN RACHITIQUE CYPHO-SCOLIOTIQUE. — Présentation du sommet. — Palper très favorable. — Application du forceps Tarnier. — Enfant vivant. — Femme guérie; par le dr **VANDEN BOSCH**, assistant à la clinique obstétricale de l'université de Liége.

Nous avons observé dernièrement, à la Maternité de Liége, un cas intéressant au point de vue : 1° de la facilité et de la grande netteté avec laquelle nous avons pu reconnaître les différentes parties du fœtus par le palper abdominal; 2° de la forme du bassin affecté d'un vice assez rare, et du peu d'obstacle apporté à la délivrance par ce vice. En voici la relation.

Cl..., Catherine, célibataire, ménagère, d'une constitution faible, est âgée de 30 ans et primipare. Elle se présente à la clinique le vendredi, 6 mai, à 3 heures de l'après-midi. Son aspect seul prouve surabondamment qu'elle a été atteinte de rachitisme dans son jeune âge; mais elle ne peut fournir aucun renseignement à ce sujet, si ce n'est qu'elle n'a marché qu'à l'âge de 9 ans.

La taille de Cl... n'est que de 1 mètre 26 c. Tout le système osseux est profondément altéré par la maladie. La tête comparée au corps paraît très développée; les clavicules sont saillantes; le chapelet rachitique est bien marqué; on a en effet une série de nodosités produites par le gonflement de l'extrémité antérieure des côtes, ainsi que par un angle légèrement saillant des articulations chondro-sternales; le sternum est fortement projeté en avant. La dernière fausse côte n'est séparée de la crête iliaque, à gauche et à droite, que par un intervalle de 3 1/2 centimètres. La colonne vertébrale présente une cyphose assez considérable

à la partie inférieure de la région dorsale, et supérieure de la région lombaire. A cette déformation vient s'ajouter une scoliose, à convexité dirigée à gauche.

Le bassin est fortement modifié; le promontoire est cependant difficile à atteindre, il est situé un peu à gauche de la ligne médiane. Par la mensuration digitale et par la pelvimétrie externe, on constate que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a une étendue de 9 centimètres environ, et le diamètre bi-ischiatique, une longueur de 7 centimètres. Le rétrécissement siége donc surtout au détroit inférieur.

Les déformations des membres inférieurs sont très caractéristiques; il existe un renflement très marqué des extrémités articulaires, surtout aux genoux, avec une courbure considérable de la diaphyse des os longs; les fémurs présentent une grande courbure à convexité antéro-externe; la convexité de la courbure des os des jambes est antérieure; il y a une véritable subluxation des genoux.

Comme antécédent morbide, il y a à noter une fièvre typhoïde à l'âge de 25 ans, et de la dysménorrhée, surtout à l'âge de 18 à 19 ans. Les menstrues, établies à l'âge de 17 ans, ont toujours été peu abondantes et irrégulières. La femme dit qu'elles se sont montrées, pour la dernière fois, le 10 août 1880. Elle ne se souvient pas de l'époque à laquelle elle a senti remuer l'enfant pour la première fois. Elle se dit à terme. Les éléments de diagnostic nous manquent pour vérifier son dire, d'autant plus que nous ne pouvons fixer l'époque de la grossesse par les rapports du fond de l'utérus avec la paroi abdominale, puisque ces rapports sont anormaux chez les femmes viciées.

La grossesse a présenté, comme particularités, des déran-

gements digestifs assez marqués pendant les trois premiers mois, un peu de leuchorrée, des douleurs lombaires assez vives pendant les dernières semaines, et surtout une gêne très grande de la respiration.

Les seins sont mous, flasques et petits.

L'abdomen offre un aspect tout spécial : il est globuleux, fortement projeté en avant (en besace) ; les parois sont très minces, sillonnées de veines nombreuses ; ligne brune, peu accusée ; vergetures en grand nombre.

L'utérus arrive sous l'appendice xyphoïde.

Lorsqu'on a soin de relever le ventre, le palper renseigne, au-dessus du détroit supérieur et un peu vers la fosse iliaque gauche, la présence d'une tumeur dure, volumineuse, arrondie, susceptible d'un léger mouvement de ballottement, c'est la tête du fœtus. A celle-ci fait suite une tumeur allongée, résistante, convexe en tous sens, s'étendant presque transversalement de gauche à droite. Sur cette tumeur formée par le dos, on perçoit nettement, grâce au peu d'épaisseur des parois utérine et abdominale, la série des apophyses épineuses des vertèbres ; plus bas et en avant, on peut sentir les côtes droites du fœtus et plus bas encore, les membres. Le siége est à droite, vers le fond de la matrice, moins haut que d'ordinaire. On parvient à suivre manifestement la crête de l'os iliaque droit. Près du siége, on trouve deux petites saillies formées par les pieds. On peut saisir entre deux doigts le pied et le genou du membre antérieur et imprimer des mouvements à celui-ci.

A la partie supérieure du globe utérin et à gauche, on peut délimiter une région, de forme presque circulaire, donnant la sensation d'une épaisseur de tissu plus grande qu'ailleurs, plus molle que le reste de l'organe, et conser-

vant en très grande partie ce caractère de mollesse pendant les contractions utérines, c'est le point d'insertion du placenta (Wasseige).

Les organes génitaux externes et le vagin ne présentent rien de particulier. Le col est assez facilement accessible, il est reporté à gauche et en arrière. Il est long, complètement ramolli; son orifice externe permet l'introduction de la pulpe du doigt indicateur. Dans le cul-de-sac antérieur, un peu à gauche, on trouve la tête du fœtus, à laquelle on peut imprimer le mouvement de ballottement. Sur cette tumeur, on constate manifestement une suture à peu près transversale. La tête est inclinée.

Le maximum des bruits cardiaques s'entend à gauche, à trois travers de doigt en dessous du niveau de l'ombilic. Au même point existe aussi un léger bruit de souffle.

Nous avons donc affaire à une P. S. 1re P. V. T. et inclinée.

Pendant l'examen, la femme a accusé de légères douleurs, et nous avons constaté à diverses reprises l'existence de contractions utérines. Nous retenons la malade à la Maternité et nous lui faisons prendre des bains de siége pour assouplir les parties.

Du 6 au 15 mai, au soir, il y a peu de chose à noter; la femme se plaint de douleurs lombaires vives, et de temps à autre seulement, il y a des contractions utérines.

Subitement, le 15 mai, au soir, surviennent des douleurs assez intenses. Vers 10 heures du soir, le col est effacé et dilaté comme une pièce de 50 centimes.

Pendant le restant de la nuit, la femme se plaint beaucoup et est très agitée; les douleurs se suivent intenses et régulières.

Le 16, à 7 heures du matin, la dilatation est pour ainsi dire complète. On constate l'existence d'une poche d'eau assez volumineuse; la tête reste élevée. Les membranes se sont rompues pendant le toucher; il s'écoule une quantité peu considérable de liquide amniotique d'une coloration jaunâtre et très visqueux.

La poche des eaux, une fois rompue, la tête franchit très rapidement le détroit supérieur et pénètre dans l'excavation en V. T. Le toucher permet de reconnaître facilement, peu de temps après, la suture sagittale située dans la direction du diamètre oblique gauche, la petite fontanelle en avant et à gauche, la grande fontanelle difficilement accessible en arrière et à droite. Les douleurs sont rapprochées et intenses. La tête descend un peu; mais, malgré les contractions utérines dont l'effet est, il est vrai, un peu diminué par la forme du ventre, elle reste bientôt fixée dans le bas de l'excavation.

Vers 11 1/2 heures, il ne s'est produit aucun changement. Les battements du cœur du fœtus s'entendent avec moins de netteté; le doigt introduit pour pratiquer le toucher est retiré, souillé de méconium; l'enfant souffre; de plus, la femme est fatiguée. Ces conditions nous engagent à intervenir immédiatement, d'autant plus que le rétrécissement du détroit inférieur ne permettra que difficilement le passage de la tête.

Tenant compte de la mobilité des symphyses et par conséquent de l'agrandissement possible des diamètres du détroit inférieur, d'une part, et de la possibilité de la réduction de certains diamètres de la tête du fœtus, sans compter que celui-ci ne paraît pas être à terme, d'autre part, nous nous décidons à faire une application de forceps. L'instrument choisi est le forceps de Tarnier, dernier modèle.

Tous les préparatifs ordinaires étant faits, la femme est placée dans la position obstétricale et chloroformée.

L'application du forceps, suivant le diamètre oblique droit du bassin, et l'articulation du manche commun avec les branches de traction se font sans difficulté. Quelques bonnes tractions suffisent pour extraire la tête, qui décrit les mouvements physiologiques, sans que l'on ait besoin de s'occuper des manches de préhension du forceps. Nous remarquons un mouvement de rotation un peu plus étendu que lorsque l'occiput se trouve en avant.

La tête dégagée, on termine l'extraction en tirant sur le cou, puis sur l'épaule postérieure. L'enfant, du sexe masculin, est bien conformé. On coupe le cordon lorsqu'il a cessé de battre.

La délivrance, par expression utérine, se fait 10 minutes après.

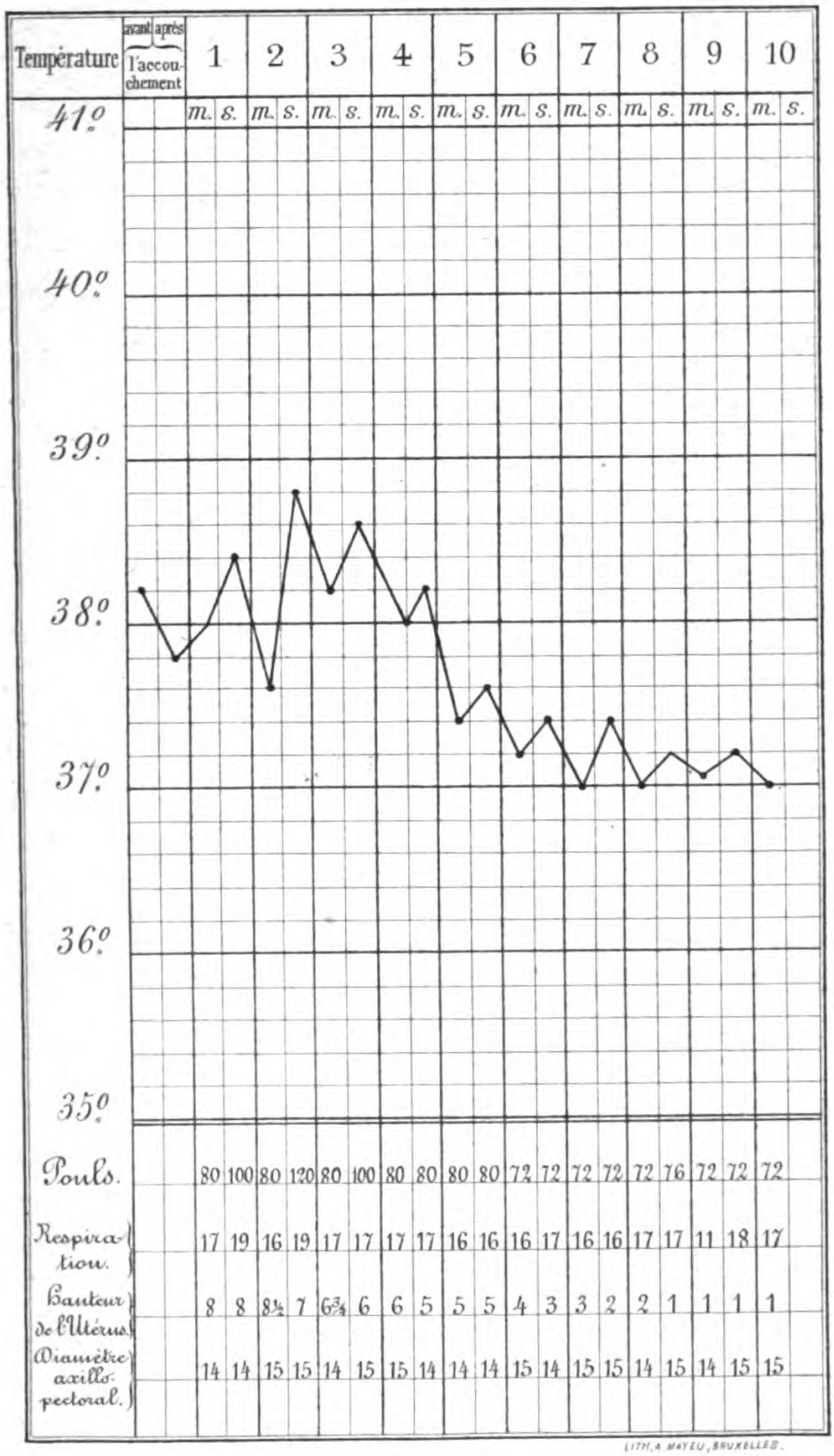
On fait une injection intra-utérine d'eau phéniquée tiède au 2/100e et on administre préventivement à la femme 75 centigrammes de seigle ergoté avec un peu de teinture de canelle, du vin de Bordeaux et de l'eau.

L'enfant, dont tout le corps est recouvert d'un léger duvet, mesure 50 centimètres de longueur et pèse 3,000 gr. La tête a été saisie un peu obliquement.

Diamètres de la tête, pris immédiatement après l'accouchement : O. M. 12 1/2; O. F. 10 1/2; B. P. 9; B. T. 7 1/4; S. O. B. 8 3/4; M. B. 9 1/4.

Annexes. — Le placenta est de forme presque circulaire, et mesure 33 cent. dans sa plus grande largeur. Le cordon est mince, d'une longueur de 47 centimètres.

Suites des couches. — Les suites des couches n'ont rien présenté d'anormal (voir le tableau ci-annexé); l'utérus



LITH. A. MAYEU, BRUXELLES.

a diminué peu à peu de volume; le ventre est resté très proéminent.

La malade a été soumise au traitement antiseptique ordinaire : charpie phéniquée sur la vulve; injections vaginales phéniquées au 2/100e, trois fois par jour.

L'enfant a eu le muguet; le benzoate de soude en collutoire l'a promptement débarrassé de cette affection.

La mère et l'enfant ont quitté l'hospice le 26 mai.

Revenons sur les deux points de cette observation qui méritent surtout de fixer notre attention.

1° Il n'est certainement pas commun de rencontrer un cas aussi favorable au palper abdominal. Il était en effet aussi facile de distinguer les différentes parties du fœtus, que si celui-ci avait été à découvert. Cela n'offre pas grande importance et il est parfaitement inutile d'arriver à des notions aussi exactes pour établir un diagnostic précis; mais j'ai voulu attirer l'attention sur le fait, à cause de sa rareté. Mon maître, M. le professeur Wasseige, depuis 27 ans qu'il pratique le palper, n'a pu sentir qu'une seule fois les apophyses épineuses des vertèbres du fœtus.

2° L'intérêt de notre observation réside surtout dans le fait de la grande facilité relative avec laquelle l'accouchement s'est terminé chez cette petite femme dont le squelette, complètement déformé par le rachitisme, semblait indiquer la nécessité de recourir à des opérations dangereuses pour la mère ou mortelles pour l'enfant.

Cette issue devait nous engager à examiner minutieusement le bassin de la malade. C'est ce que nous avons fait, et voici les résultats donnés par l'examen :

Distance entre les épines iliaques antérieures et supérieures, 27 centimètres.

De l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à la postérieure de l'autre, 21 centimètres.

Distance entre les crêtes iliaques, 24 1/2 centimètres. (Les ailes iliaques, surtout la gauche, sont redressées).

Distance entre les trochanters, 28 centimètres.

Distance entre les épines iliaques postérieures et supérieures, 5 centimètres.

Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité ischiatique : à droite, 19 centimètres; à gauche, 21 centimètres.

Conjugué externe, 16 3/4 centimètres. (D'après le calcul de Baudelocque, cela donne à peu près 9 pour le conjugué vrai.)

Conjugué diagonal, 11 1/4 centimètres. (Déduction faite de 2 centimètres pour l'obliquité de la mensuration et la hauteur de la symphyse, cela donne 9 1/4 centimètres pour le conjugué vrai.)

Les diamètres transverses et obliques ne paraissent pas rétrécis, autant que nous avons pu en juger par l'exploration interne au moyen du doigt, la seule qui ait été faite.

Le sacrum est un peu déjeté à gauche, sa longueur est augmentée; nous avons constaté que le promontoire est difficile à atteindre. L'articulation, entre la première et la deuxième pièce de l'os sacré, fait une saillie appréciable; ce qui donne à celui-ci un peu de convexité transversale et verticale. La partie inférieure du sacrum est normale. Comme nous l'avons déjà dit, les côtes sont très rapprochées du bassin.

Hauteur de la symphyse pubienne, y compris les parties molles, 4 3/4 centimètres.

L'arcade pubienne est un peu rétrécie.

Diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, 7 3/4 cent.

Diamètre bi-ischiatique, 7 centimètres.

La femme étant dans la position verticale, nous trouvons :

De l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit au plancher, 70 centimètres;

De l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté gauche au plancher, 66 centimètres ;

De la crête iliaque du côté droit au plancher, 72 cent.

De la crête iliaque du côté gauche au plancher, 75 cent.

Cet examen complémentaire de celui pratiqué avant l'accouchement, nous montre que nous nous trouvons en présence d'un bassin déformé d'une façon toute spéciale. Il présente, en effet, des caractères du bassin rachitique et du bassin cyphotique. (Les commémoratifs, la forme du sacrum, des os coxaux et des pubis, écartent l'idée de l'ostéomalacie.)

Le rachitisme qui a atteint la femme pendant son jeune âge a eu pour conséquence la production d'une cyphoscoliose dorso-lombaire, sans courbure compensatrice, alors que le bassin commençait déjà à être modifié d'une façon caractéristique.

Voici ce qui est arrivé : le rachitisme a d'abord amené des modifications dans la partie supérieure du bassin; le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur s'est rétréci; les ailes iliaques, petites, se sont écartées en avant, ont pris une forme d'S, et les cavités cotyloïdiennes se sont un peu laissé déprimer. En même temps s'est produite une cyphose qui a provoqué des déformations, surtout au détroit inférieur, inverses de celles du rachitisme.

Le sacrum est rétréci, comme le prouve le rapprochement des épines iliaques postérieures; il a basculé autour de son axe transversal et sa base a été attirée en haut, ce qui fait que le diamètre conjugué n'est que peu rétréci. De

plus, l'os sacré présente, sur sa hauteur, une légère convexité dans sa partie supérieure et une concavité dans sa partie inférieure, comme nous l'avons dit plus haut, ce qui lui donne la forme en S. L'arcade pubienne est rétrécie. L'aplatissement des os iliaques, par rapport à l'horizon qui se produit dans le bassin cyphotique, n'existe pas ici, à cause des altérations rachitiques du bassin.

Mais ce sont surtout les caractères du détroit inférieur qui sont marqués : 1° rétrécissement du diamètre bi-ischiatique ou transverse, dû au mouvement de bascule du sacrum et à la pression des fémurs au niveau des cavités cotyloïdes, dont l'effet a été augmenté par la station assise ; 2° rétrécissement du diamètre droit ou antéro-postérieur.

Il s'est de plus produit une légère scoliose à convexité, dirigée à gauche, qui devait avoir pour résultat de faire reposer la plus grande partie du poids du corps sur la moitié postérieure gauche du bassin et d'abaisser par conséquent la crête iliaque gauche tout en relevant l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté (1). Or, c'est l'inverse qui s'est produit, comme le montre la mensuration : l'épine du côté scoliotique est plus basse et la crête du même côté est plus élevée. Cela tient sans doute à ce que le redressement de la partie postérieure de cette aile iliaque est plus marqué, et à ce que le degré minime de scoliose n'a exercé que peu d'effet sur les os du bassin.

Conclusion. — Le bassin de cette femme doit être dénommé bassin *rachitique cyphotique*, et si l'on veut faire entrer la scoliose en ligne de compte, bassin *rachitique cypho-scoliotique.*

C'est là une espèce de déformation rare (2).

(1) SCHROEDER. *Manuel d'accouchements*, p. 485.

(2) Herbiniaux, Jory, Rokitansky, ont les premiers fait ressortir les

Au point de vue du pronostic de ce genre de rétrécissement, la facilité relative de l'accouchement prouve que l'on peut compter beaucoup sur la mobilité des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne (cette dernière est plus mobile que d'ordinaire, parce que les extrémités supérieures des branches horizontales se sont éloignées l'une de l'autre) (1), pour favoriser l'élargissement du diamètre bi-ischiatique, dont le rétrécissement produit la dystocie.

Cette mobilité est quelquefois très prononcée, puisque dans le bassin de Zurich, le diamètre transversal a pu, de 47 mill., s'élargir à 63 mill. (2). Rien d'étonnant alors que la tête du fœtus, quand elle n'est pas trop volumineuse, pour une cause quelconque, passe à travers un diamètre bi-ischiatique de 7 centimètres.

particularités du bassin des cyphotiques; mais c'est surtout Neugebauer qui a attiré l'attention sur l'importance de la déformation du détroit inférieur, au point de vue obstétrical. Après lui Breisky, étudie ce vice du bassin. Quelques observations ont été publiées, parmi lesquelles celles de Mohr, Hugenberger, Chantreuil, Hoening, Stadfeldt, Br. Hicks, etc. (Schroeder. *Manuel d'accouchements*, traduit par Charpentier).

Chantreuil s'est occupé de cette question dans sa thèse inaugurale : *Etude sur la déformation du bassin chez les cyphotiques, au point de vue de l'accouchement* (Paris, 1869), et tout récemment encore dans ses leçons, faites à l'hôpital des cliniques (Paris, 1880).

Quant aux bassins, rachitique cyphotique et rachitique cypho-scoliotique, il sont signalés dans le *Manuel d'accouchements* de Schroeder.

Le dr Léopold, *privat docent* à l'Université de Leipzig, a fait, en 1879, sur ce sujet un travail très complet intitulé : *Das skoliotisch und kyposkoliotisch rachitische Becken*, qui vient d'être traduit par le dr Dumas, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier.

Enfin, celui-ci a publié dans le *Montpellier Médical* (septembre-octobre 1881), une observation de bassin cypho-scoliotique rachitique, qu'il a fait suivre d'une étude intéressante des causes qui donnent probablement naissance à ce genre de déformation.

(1) SCHROEDER, *loco cit.*

(2) CHANTREUIL. *Leçons faites à l'hôpital des cliniques.* Paris, 1881.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

BERTILLON. Décès (Article extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Paris, 1881; 8°.

CHARNAUX. Étude sur l'étiologie de la variole et sur la vaccination des animaux de l'espèce bovine comme moyen prophylactique. Cusset, 1881; 8°.

DE SOIGNIES (J.). Constatation à domicile des naissances et des décès. 1881; 8°.

DURAND-CLAYE (A.). Assainissement de Paris. — Commission ministérielle (Ministère de l'agriculture et du commerce). — Observations des ingénieurs du service municipal de Paris au sujet des projets de rapport présentés par MM. A. Girard et Brouardel. Saint-Germain, 1881; 8°.

ÉCOLE DENTAIRE DE GENÈVE. — Règlement adopté par le Conseil d'État (arrêté du 16 septembre 1881), suivi du programme des examens et d'un plan d'études. Genève, 1881; 8°.

FALIU. De l'âge et de l'origine de la variole dans le monde. Paris, 1882; 8°.

FRAIPONT (F.). Du traitement opératoire du cancer utérin. Liége, 1881; 8°.

KLEIN. Examen expérimental et anatomique de la pneumo-entérite infectieuse, dite typhus du porc; traduit de l'anglais par E. Bele. Bruxelles, 1881; 8°.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE PUBLIQUE DE BELGIQUE. — Assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique de 1880, tenue à Bruxelles du 11 au 14 août. — Rapports et discussions. Bruxelles, 1880-1881; 2 vol. 8°.

STAPPAERTS (H.). Examen du système de S. Hahnemann. — Le spiritualisme et le matérialisme en médecine. Louvain, 1881; vol. 8°.

SURGEON-GENERAL'S OFFICE, UNITED STATES ARMY. — Index-catalogue of the library. Vol. II (Berlioz-Cholas). Washington, 1881; vol. in-4°.

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES. — Discours d'ouverture, prononcés en séance publique, le 17 octobre 1881, par M. Van Schoor, administrateur-inspecteur et par M. Vanderkindere, recteur. Bruxelles, 1881; 8°.

VANDEN BOSCH (H.). Présentation de l'épaule droite avec dégagement du bras et procidence du cordon ombilical; version impossible; décollation par le procédé du professeur Wasseige. Bruxelles, 1881; 8°.

VAN GAEL (C.) Étude sur les appréciations émises par les autorités médicales et administratives ainsi que par les associations savantes, au sujet de l'organisation d'un service médico-rural des indigents. Bruxelles, 1881; vol. in-12.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.



—

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS.

— M. le Ministre de l'Intérieur adresse à l'Académie :

1° Une expédition de l'arrêté royal du 24 novembre 1881, qui agrée l'élection, en qualité de membre titulaire, de MM. Willems, à Hasselt; Wasseige, à Liége; Desguin, à Anvers, et Van Bastelaer, à Marcinelle;

2° Le rapport de la commission du *Reichstag*, sur le projet de loi pour la répression de l'ivrognerie en Allemagne;

3° Un exemplaire de la loi néerlandaise du 28 juin 1881, réglant le débit des boissons alcooliques et ayant en outre pour objet la répression de l'ivrognerie, ainsi qu'un exemplaire des documents parlementaires relatifs à cette loi;

4° Le compte rendu, publié par le *Messager officiel russe*, d'une conférence qui a eu lieu à Saint-Pétersbourg, sur la question de la migration des paysans et sur les moyens les plus propres à combattre l'ivrognerie;

5° Le tome XIV du *Bulletin de la commission centrale de statistique;*

6° Cinquante-sept documents officiels, faisant suite à ceux transmis précédemment concernant les maladies épidémiques qui ont régné ou qui sévissent encore dans certaines contrées de l'Orient. — Ces documents sont renvoyés à la commission des épidémies.

— Les 2e, 3e et 4e communications seront déposées à la salle de lecture pendant un mois et restituées ensuite à M. le Ministre, conformément à sa demande.

— Répondant à la lettre, en date du 4 novembre 1881, par laquelle le Bureau lui a transmis le rapport de la commission des épidémies, sur la relation de l'épidémie de variole observée à Bercheux (Jusseret), M. le Ministre de l'Intérieur annonce qu'il a invité M. le président de la commission médicale du Luxembourg à compléter, autant que possible, conformément au désir exprimé par l'Académie, les données contenues dans son rapport du 17 avril dernier, afin de mettre ladite commission à même de faire, en pleine connaissance de cause, l'appréciation de l'épidémie dont il s'agit.

M. le Ministre ajoute que, dès qu'il aura reçu les renseignements complémentaires demandés, il s'empressera de les communiquer à l'Académie.

Il expose ensuite quelques considérations qui lui ont été suggérées par la lecture du rapport de la commission des épidémies et qui pourront utilement être soumises à celles-ci, en même temps que les renseignements complémentaires susmentionnés.

— L'Académie vient de perdre l'un de ses membres honoraires les plus éminents, M. le professeur Bouillaud,

décédé à Paris, le 31 octobre 1881, à l'âge de 85 ans.

— MM. Desguin, Van Bastelaer, Wasseige et Willems remercient la Compagnie pour le titre de membre titulaire qu'elle leur a conféré.

— MM. les questeurs du Sénat et de la Chambre des Représentants font parvenir des cartes permanentes pour la tribune réservée de ces assemblées pendant la session de 1881-1882.

— M. Varrentrapp, membre honoraire à Francfort-sur-Mein, exprime sa gratitude pour les félicitations qui lui ont été adressées, au nom de l'Académie, à l'occasion de la célébration du 50e anniversaire de son doctorat, solennité qui a eu lieu en septembre 1881.

— En offrant six exemplaires de sa publication sur l'hypertrophie des amygdales et sur la laryngo-trachéite consécutive, M. le dr Capart, à Bruxelles, exprime le désir d'être affilié à la Compagnie, en qualité de correspondant. — Renvoi à la commission qui sera chargée ultérieurement de présenter des candidats.

— M. le dr Félix, à Bruxelles, a adressé, par lettre en date du 19 novembre 1881, 15 exemplaires du mémoire sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur, qu'il vient de publier, mémoire qu'il avait soumis à l'Académie et sur lequel il a été fait un rapport dont la discussion est portée à l'ordre du jour de la séance.

— M. le dr Valère Petit, à Wasmes, soumet un mémoire manuscrit intitulé : *Vingt-cinq années de pratique chirurgicale.* — Commissaires : MM. De Roubaix et Gallez.

— M. le dr Semal, à Mons, renvoie son mémoire sur les psycho-névroses dyscrasiques, auquel il avait demandé de pouvoir donner un complément clinique qu'il jugeait né-

cessaire. — Il sera transmis à la commission chargée de l'examiner.

— M. Hubert, correspondant, offre la relation imprimée d'une ovariotomie qu'il a pratiquée avec succès. Cette observation emprunte, dit-il, son intérêt aux difficultés opératoires dues à des adhérences intimes qui encastraient pour ainsi dire la tumeur dans le ventre et qui l'obligèrent d'abandonner la poche kystique dans cette cavité, après en avoir réuni les bords, au moyen de sutures, à ceux de la plaie abdominale.

— MM. Kuborn, à Seraing; Chandelon, à Liége; Janssens, à Bruxelles; Boëns, à Charleroi; Nuel, à Gand; Dele, à Anvers; la Société française de tempérance, à Paris; MM. Peeters, à Gheel; D'arpe, à Lecce; Ingels, à Gand; Leyder, à Gembloux; Bourdin, à Paris, et la Société royale de médecine publique de Belgique font hommage de publications dont les titres sont mentionnés au paragraphe : OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'Académie vote des remercîments aux auteurs de ces dons.

II. — LECTURE ET DISCUSSIONS.

1. COMMUNICATION de M. DEPAIRE, membre titulaire, sur les prête-noms en pharmacie.

Messieurs, l'exercice de la pharmacie par personne interposée est d'origine récente : il y a quelques années, on ne connaissait pas en Belgique d'officine exploitée par un pharmacien qui n'en était point propriétaire.

Il n'en est plus ainsi : il existe actuellement, dans l'agglomération bruxelloise seulement, 12 à 15 officines appar-

tenant à des tiers non qualifiés et exploitées pour leur compte; nul doute que cet état de choses ne tende à s'établir dans d'autres localités du pays, puisque nous voyons une Société pharmaceutique de Gand prendre l'initiative d'un pétitionnement général adressé à M. le Ministre de l'Intérieur, sous la date du 15 août de cette année, tendant à provoquer certaines mesures ayant pour but d'arrêter le développement des pharmacies dites à *prête-noms*.

L'exercice de la pharmacie par personne interposée est-il légal en Belgique?

L'exercice de la pharmacie par personne interposée présente-il les garanties de sécurité publique que le législateur a eu constamment en vue pour garantir la société contre les abus et les accidents?

Dans la négative, quelles sont les mesures à prendre dans l'intérêt général?

Telles sont, messieurs, les questions que je me propose d'examiner aussi brièvement que possible.

La loi du 12 mars 1818 sur l'exercice de l'art de guérir, qui nous régit actuellement, ne contient aucune disposition spéciale relative aux prête-noms. Toutefois l'article 18 de cette loi porte que « toutes personnes non qualifiées qui exerceront quelque branche que ce soit de l'art de guérir encourront une amende avec confiscation des médicaments, et qu'en cas de récidive, l'amende sera doublée et remplacée, dans certain cas, par un emprisonnement de 15 jours à 6 mois ».

On admet assez généralement qu'il est permis de faire ce que la loi ne défend pas, et que, par conséquent, on peut, sans avoir fait au préalable les études exigées pour l'obtention du grade de pharmacien, posséder et exploiter

une officine, à la condition de trouver un pharmacien qui consente à couvrir de son nom et de son diplôme l'existence de cet établissement, sans y avoir un intérêt direct. La conséquence de cette doctrine, qui est admise non seulement par une catégorie de praticiens, mais encore par certaines autorités qui ont pour devoir d'assurer l'exécution des lois, c'est que l'exercice de la pharmacie par personne interposée est parfaitement légal.

Je ne partage pas cette manière de voir; je suis convaincu, au contraire, que les dispositions de l'article 18 de la loi de 1818 proscrivent les prête-noms en pharmacie.

Pour être d'accord sur ce point, il faut nécessairement s'entendre sur la portée des mots : « exercer quelque branche que ce soit de l'art de guérir, » et pour ne pas se perdre dans des discussions oiseuses, il est indispensable d'envisager les choses telles qu'elles se passent.

Une pharmacie appartient à une personne qui n'est pas diplômée; c'est cette personne qui a acheté le matériel et qui fait vendre les médicaments à son bénéfice par un pharmacien n'ayant d'autre intérêt dans l'affaire que les appointements qu'il reçoit.

Qui, dans ce cas, exerce la pharmacie? Est-ce le propriétaire de l'établissement, ou bien celui qui en débite les produits?

A mon avis, c'est celui qui en perçoit les revenus, c'est-à-dire le propriétaire non diplômé.

Pour prétendre le contraire, il faudrait admettre que le pharmacien diplômé, qui emploie des aides ou des élèves pour la vente des médicaments, n'exerce pas la pharmacie, et que ce sont ces élèves ou ces aides qui le font, ce qui serait absurde.

Je crois donc que l'usage des prête-noms en pharmacie est interdit par la loi de 1818.

Les développements dans lesquels je vais entrer, pour démontrer que l'exercice de la pharmacie par personne interposée ne présente pas les garanties nécessaires, établiront du reste que l'article 18 de la loi du 12 mars 1818 doit être interprété dans le sens que je viens d'indiquer.

Ceux d'entre nous, messieurs, qui font partie des commissions médicales provinciales, et qui sont chargés, à ce titre, de la visite des pharmacies, savent que les prête-noms sont, ou des jeunes gens nouvellement diplômés craignant de faire les affaires pour leur propre compte, ou n'ayant pas les ressources pécuniaires pour le faire, ou bien des pharmaciens autrefois établis, ruinés ou retirés.

Les commissions médicales savent aussi que la majorité des prête-noms se compose d'hommes qui ne méritent aucune confiance, devenus incapables de diriger convenablement une officine, soit par suite d'infirmités physiques, soit, ce qui pis est, par suite d'abrutissement, conséquence de l'adversité ou de l'influence des passions.

Elles n'ignorent pas que les prête-noms sont des serviteurs à gages qui demandent à celui qui les paye la plus grande somme possible de liberté et qui imposent le plus souvent la condition de ne pas habiter la maison où est établie l'officine qu'ils couvrent de leur diplôme.

Il résulte de cet état de choses, bien et dûment constaté et qui n'est pas assombri pour les besoins de la cause, que la société ne trouve pas, dans les prête-noms, l'ensemble des garanties qu'elle est en droit d'exiger et qu'elle est exposée journellement à des accidents qui peuvent être des plus graves.

En effet, le choix des médicaments, leur préparation, leur conservation et leur débit exigent des soins intelligents et constants que l'on ne peut attendre d'un homme physiquement incapable ou qui n'a aucun intérêt moral ou financier dans un établissement qui n'est pas le sien. On ne peut espérer qu'il sacrifie, au besoin, les médicaments défectueux, parce qu'il n'est pas libre dans ses allures et qu'il doit rendre compte à un tiers pour qui le devoir, la dignité professionnelle sont de vains mots et qui ne voit, dans son exploitation, que le lucre qui en est la conséquence.

Mais, dira-t-on, n'y a-t-il pas des circonstances dans lesquelles les pharmacies peuvent être dirigées par des gérants?

Pour résoudre cette question, faisons trois hypothèses.

Première hypothèse. — Le pharmacien diplômé ne possédant pas les ressources nécessaires pour ouvrir une officine, s'adresse à un bailleur de fonds qui lui fait les avances indispensables; il exploite donc avec les fonds d'autrui. Dans ce cas, il n'y a pas exploitation de la pharmacie par personne interposée, la situation du phamacien est parfaitement régulière, parfaitement correcte. Il a acquis l'établissement qu'il dirige avec le capital qu'il a emprunté : il en est le propriétaire; il se trouve dans la situation de toute personne qui emprunte pour pouvoir exercer un commerce ou une industrie, en conservant sa liberté d'action et n'ayant envers son prêteur, simple créancier, d'autre obligation que celle de payer l'intérêt fixé par les clauses du contrat de prêt.

Deuxième hypothèse. — Le pharmacien diplômé ne se borne pas à emprunter des fonds à un tiers; il associe celui-ci à son exploitation, il est gérant de nom, il couvre l'officine de son

diplôme. C'est le tiers-capitaliste qui est le seul propriétaire de l'officine, qui en perçoit les bénéfices, qui la gère de fait, tandis que le prête-nom est loin de son associé.

Dans cette hypothèse, la situation du pharmacien et de l'officine sera irrégulière, puisque c'est en réalité le tiers capitaliste qui dessert la pharmacie, qui achète, prépare, conserve et débite les médicaments, qui reçoit et exécute les prescriptions des médecins : il exerce illégalement l'une des branches de l'art de guérir et il tombe sous l'application de l'article 18 de la loi du 12 mars 1818.

Le cas que je viens d'examiner se présente souvent. Nous avons vu dans la province de Brabant une pharmacie ayant pour prête-nom un pharmacien qui était directeur d'une sucrerie dans la province de Liége ; nous en avons connu une autre dont le prête-nom était brasseur dans une localité rurale située à 9 lieues de la capitale, et il est à notre connaissance que plusieurs pharmacies de la province ont pour gérants des pharmaciens qui habitent Bruxelles pendant toute l'année.

Troisième hypothèse. — Une officine appartient à un tiers capitaliste ; elle est dirigée à son bénéfice par un pharmacien qui en fait personnellement le service pour prix de la rémunération que lui accorde le propriétaire de l'établissement.

Lorsqu'on envisage cette situation d'une manière superficielle, elle peut paraître régulière, puisqu'il semble à première vue que les exigences de la sécurité publique sont satisfaites par la présence, dans l'officine, d'un pharmacien diplômé qui en fait le service. C'est sans doute à cette manière de voir qu'il faut attribuer la tolérance de prêtes-noms par l'autorité supérieure, et à ce titre elle mérite d'être examinée avec la plus grande attention.

D'abord, il me paraît que dans ce cas l'exercice de la pharmacie par une personne non qualifiée est de toute évidence.

En effet, qui est le maître d'une exploitation pharmaceutique, industrielle ou commerciale? Est-ce celui qui en a la propriété, qui en palpe les revenus, qui en subit les pertes, ou bien celui qui dirige l'exploitation en vertu d'un diplôme, d'un titre quelconque ou de connaissances spéciales, et qui n'est en réalité qu'un employé salarié, révocable par la seule volonté du propriétaire?

La réponse à cette question ne peut être douteuse.

Cette situation n'est pas compatible avec l'exercice régulier de la pharmacie. Il est indispensable à la sécurité publique que le pharmacien conserve toute sa liberté d'action, qu'il puisse sacrifier les médicaments mal préparés, avariés ou falsifiés, sans être obligé d'en rendre compte à un tiers qui, étranger à l'art pharmaceutique, n'y voit qu'une source de bénéfice et n'admet jamais que l'on détruise en pure perte des médicaments qu'il a acquis de ses deniers. Il importe, en un mot, que le pharmacien puisse gérer l'officine comme le lui commandent l'intérêt des malades, son honneur, sa conscience et la dignité professionnelle; il importe qu'il n'écoute que la voix du devoir et qu'il ne soit pas placé entre son intérêt, qui lui commande de satisfaire le maître sous peine d'être cassé aux gages, et sa conscience qui lui commande de lui déplaire.

Lorsque l'on connaît le peu de garantie morale et pécuniaire que présentent la plupart des prête-noms en pharmacie, on se demande quelle sécurité la société peut trouver dans ces gérants qui, au moindre accident, disparaissent avec d'autant plus de facilité qu'ils ne possèdent rien, et qui

changent de service à la moindre observation du maître. Leur gérance de quelques mois, parfois de quelques semaines seulement, ne leur donne ni le temps, ni le désir de procéder à la vérification des médicaments presque toujours achetés dans le commerce, préparés par des mains inhabiles ou mal conservés.

Le pharmacien régulier a tout intérêt à délivrer des médicaments de bonne qualité, à satisfaire les justes exigences des médecins; il relève de sa conscience et des lois qui régissent l'exercice de la pharmacie; en cas d'accident, son honneur est perdu, son nom flétri, sa fortune compromise.

Le prête-nom ou pharmacien irrégulier n'a, lui, d'autre intérêt que de satisfaire le tiers qui le salarie; en cas d'accident, il disparaît et la loi frappe dans le vide.

Il en résulte que la société ne trouve dans le prête-nom ni sécurité morale, ni garantie matérielle.

J'arrive, messieurs, à l'examen des mesures à prendre pour faire disparaître les prête-noms en pharmacie.

Il y a quelques années, la Commission médicale du Brabant, voulant opposer un frein au développement des prête-noms, qu'elle considère comme un abus déplorable, exigea des pharmaciens prête-noms, en exécution de l'article 11 de l'instruction pour les apothicaires, annexée à la loi du 12 mars 1818, que leur nom fût imprimé sur l'étiquette des médicaments délivrés. Ils se conformèrent à cette exigence, en faisant imprimer leur nom sur les étiquettes, mais en caractères tellement petits qu'il fallait une loupe pour le lire, et que le public ne pouvait s'apercevoir des changements de gérants.

La lettre de la loi était ainsi satisfaite, mais l'intérêt public ne l'était pas et la commission médicale était désarmée.

Je proposai alors à la Commission médicale du Brabant de charger son bureau de faire les diligences nécessaires, pour que M. le Ministre de l'Intérieur soumît la question des prête-noms aux Commissions médicales du royaume et qu'il agît dans le sens de la décision prise par ces collégues réunis.

Le Département de l'Intérieur ne montrant guère d'empressement à faire droit à cette demande, la commission médicale revint à la charge et dans un dernier rapport elle écrivit à M. le Ministre :

« Le danger que nous avons eu l'honneur de vous signa-
» ler, M. le Ministre, dans notre rapport de l'an dernier,
» est sérieux et tend à se développer de plus en plus. Il y
» a quelques années à peine, aucune pharmacie gérée par
» un prête-nom n'existait dans la province de Brabant.
» Aujourd'hui nous connaissons, dans la seule agglomé-
» tion bruxelloise, qui compte 128 pharmacies, 12 officines
» appartenant à des tiers incapables et exploitées pour leur
» compte.

» La commission médicale espère que les raisons qu'elle
» apporte au débat détermineront votre Département à re-
» connaître qu'il est urgent d'opposer à l'abus des prête-
» noms une barrière infranchissable et que l'exploitation
» de la pharmacie par personne interposée sera sévèrement
» interdite par la loi. »

Je ne sais, messieurs, ce que le gouvernement a fait depuis ce rapport; mais il m'a été assuré qu'il a consulté chacune des commissions médicales provinciales isolément. Ce qui est certain, c'est que jusqu'au jour où j'ai donné ma démission de membre de la commission du Brabant, celle-ci n'a pas reçu communication des rapports qui ont

dû être adressés à M. le Ministre de l'Intérieur et qu'aucune mesure n'a été prise.

Dans le courant de cette année, l'Union pharmaceutique de la Flandre orientale a provoqué un pétitionnement général contre l'abus des prête-noms. Ses délégués ont été reçus par M. le Ministre de l'Intérieur, qui a promis de prendre des mesures tendant à la suppression de cet abus.

Puisse l'Union pharmaceutique de la Flandre orientale être plus heureuse que moi dans la campagne que j'avais entreprise contre les prête-noms, il y a plusieurs années, et que j'ai soutenue pendant tout le temps que j'ai eu l'honneur de siéger au sein de la Commission médicale du Brabant !

Quelles seront les mesures que l'autorité supérieure va prendre? Je l'ignore. Je désire qu'elles soient efficaces, mais j'ai l'intime conviction que toute demi-mesure n'aura d'autre résultat que de donner une fausse sécurité.

J'entends par demi-mesures celles qui consistent, par exemple, à exiger que les médicaments délivrés, que l'officine elle-même, portent le nom du gérant ou prête-nom, afin que le public soit averti du changement quand il se produit.

On a vu comment les prête-noms de la province de Brabant ont satisfait aux exigences de la commission médicale lorsqu'elle les a obligés à mettre leur nom sur les étiquettes.

On m'objectera peut-être que l'on a exigé que le nom se trouvât inscrit en grandes lettres, parfaitement lisibles. Mais il ne sera pas difficile de faire l'étiquette des médicaments et l'enseigne de la pharmacie, de façon que le nom du gérant soit l'accessoire et que le principal, qui doit frapper

les yeux du public, ne soit formé que d'ornements et de désignations spéciales.

Il n'y a, à mon avis, qu'une mesure à prendre et elle doit être radicale : l'exercice de la pharmacie par personne interposée doit être interdit. Il n'est pas nécessaire pour cela de changer la loi qui nous régit ; il suffit de fixer la jurisprudence sur la portée de l'article 18 de la loi du 12 mars 1818, dans le sens que j'ai indiqué.

M. Martin. — J'ai demandé la parole pour appuyer les conclusions du travail de M. Depaire ; il y a lieu, à mon avis, de les soumettre à M. le Ministre de l'intérieur.

M. Gille. — J'appuie également les conclusions du travail de M. Depaire.

La Commission médicale du Brabant a signalé depuis quelque temps, au procureur du roi, un grand nombre de pharmacies à prête-noms et des pharmaciens qui sont gérants ou simples prête-noms ; l'instruction à laquelle j'ai dû assister est terminée ; il y a une vingtaine d'individus qui vont être traduits devant le tribunal correctionnel. Nous aurons bientôt sans doute l'arrêt qui aura été porté, et il y a lieu de compter qu'il tendra à réprimer l'abus signalé. Comme l'a fort bien fait remarquer M. Depaire, il est grand temps de prendre des mesures propres à faire cesser cet abus qui tend à se perpétuer. Depuis deux mois, deux nouvelles officines à prête-noms ont encore été ouvertes dans l'agglomération bruxelloise, et l'une d'elles a pour gérant un homme à peu près aveugle, incapable de découvrir dans l'officine les médicaments qu'on lui demanderait.

Au reste, M. Depaire a eu également l'occasion de le constater, lorsqu'il faisait encore partie de la commission

médicale; si j'ai bonne mémoire, un jour dans une de ses visites, il a exigé la présence de ce pharmacien prête-nom; il lui a demandé de lui donner tels et tels médicaments, et il a été incapable de satisfaire à cette demande.

En résumé, il est plus que temps de prendre des mesures pour soustraire la société aux dangers d'une pareille situation.

M. Van Bastelaer. — J'ajouterai quelques mots à ce que viennent de vous dire les honorables membres qui ont pris la parole avant moi; dans le Hainaut, les mêmes abus se produisent; il y a même une catégorie de prête-noms qui n'a pas été signalée par MM. Depaire et Gille: je veux parler des jeunes gens qui ont subi l'examen oral pour le grade de pharmacien et qui ont échoué à l'examen pratique; impatients d'arriver, ils achètent ou montent une pharmacie. Je connais dans l'arrondissement de Charleroi trois officines de cette espèce; il est évident qu'un jeune homme, qui n'a pas subi entièrement le dernier examen de pharmacien, n'est pas capable de gérer convenablement une pharmacie; il prend alors un prête-nom qui le plus souvent, ainsi que l'a dit M. Depaire, est un homme abruti ou ayant fait de mauvaises affaires, ou encore un tout jeune homme qui commence sa carrière et qui malheureusement, dans l'état actuel de la loi, n'a pas l'expérience voulue.

Je crois, messieurs, qu'on pourrait donner à cette discussion plus d'importance en l'abandonnant aujourd'hui; on pourrait alors discuter plus convenablement la question de savoir quelles sont les mesures à proposer au gouvernement pour arriver à la répression des abus. Je propose de fixer la discussion de cette question à la prochaine séance.

M. le Président. — M. Van Bastelaer propose de remettre la discussion à la prochaine séance, et cela me paraît rationnel. Aucun membre n'a-t-il des observations à faire sur cette proposition?

M. Bellefroid. — Si la justice est saisie, ainsi que M. Gille vient de le dire, il n'y a pas péril en la demeure; le gouvernement ne se prononcera probablement pas avant que la justice n'ait statué.

M. le Président. — Il n'y a pas précisément péril en la demeure; mais ce n'est pas un motif d'ajourner le débat académique, des éclaircissements pouvant en résulter même pour les juges.

M. Hairion. — La discussion ne pourra s'établir utilement, me paraît-il, qu'après l'impression du travail de M. Depaire.

M. Martin. — La discussion me semble inutile, la question étant clairement résolue par le travail de M. Depaire. Je persiste à demander que cet important travail soit soumis à M. le Ministre de l'Intérieur.

M. Deneffe. — Messieurs, la Société pharmaceutique de la Flandre orientale a demandé que les gérants des officines soient tenus d'apposer leurs noms sur celles-ci et même sur les étiquettes. L'Académie se ralliera-t-elle à cette proposition ou à celle que vient de faire M. Depaire, de réclamer l'interdiction des prête-noms en pharmacie? La réglementation précitée ayant déjà été tentée inutilement, et l'exercice de la pharmacie par personne interposée étant contraire à l'esprit de la loi, il y a lieu d'adopter la proposition de M. Depaire.

M. Willième. — Il y a une 4e catégorie de prête-noms dont l'honorable M. Depaire n'a pas parlé; ce sont les

personnes qui gèrent les pharmacies de veuves de pharmaciens.

Il arrive assez souvent qu'un pharmacien venant à mourir, sa veuve ne puisse pas remettre immédiatement sa pharmacie, ou qu'elle a un fils faisant ses études pour reprendre la place du père; dans l'un ou l'autre cas, elle demande à la commission médicale l'autorisation de continuer à tenir officine ouverte en la faisant gérer par un pharmacien diplômé.

Il y a là des intérêts qu'on ne peut évidemment pas sacrifier, et je crois qu'il serait impossible de ne pas tenir compte de cette catégorie de gérants.

Maintenant je reviens à la proposition faite par l'honorable M. Bellefroid d'attendre le jugement du tribunal correctionnel sur les poursuites exercées actuellement contre les prête-noms. Dans le Hainaut, nous avons vu condamner des gérants prête-noms qui ne résidaient pas à l'officine. Il serait donc mieux, selon moi, d'ajourner la question jusqu'à la décision des tribunaux; l'Académie verrait ensuite ce qu'il y aurait à faire.

M. Lefebvre. — J'ai demandé la parole pour faire une simple observation.

Il me semble que nous devons décider d'abord s'il y aura une discussion ultérieure. Dans le cas de l'affirmative, celle qui est engagée doit cesser.

M. Bellefroid. — Je tiens à faire observer que je n'ai pas proposé à l'Académie d'attendre que les tribunaux se soient prononcés sur les cas dont ils sont saisis. J'ai seulement dit que, selon moi, le gouvernement ne prendra pas de décision avant que les tribunaux n'aient statué, et que,

par conséquent, il n'y a pas lieu de voter *hic et nunc* sur les conclusions de M. Depaire.

M. Depaire. — Je crois que le gouvernement n'attendra pas la décision du tribunal correctionnel; des tribunaux se sont déjà prononcés sur cette question en sens divers. Supposons que le tribunal de Bruxelles condamne les prête-noms qui vont comparaître devant lui; cela n'empêchera pas les tribunaux d'Anvers, de Charleroi ou d'autres villes, d'acquitter des prête-noms, parce que la jurisprudence n'est pas assise sur l'interprétation de l'article 18 de la loi sur l'exercice illégal de l'art guérir.

Il me semble donc qu'il faudrait établir comment cet article doit être interprété; il n'y aurait plus alors de sentences différentes rendues par les tribunaux.

Je crois, Messieurs, après tout ce que j'ai entendu, que l'Académie ferait bien d'adopter la proposition faite par M.Van Bastelaer de porter cet objet à l'ordre du jour de la prochaine séance; nous n'avons pas de matière tellement pressante à discuter que la question des prête-noms en pharmacie ne puisse être examinée dans cette réunion.

— L'Académie décide que la discussion du travail de M. Depaire, relatif aux prête-noms en pharmacie sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

2. DISCUSSION du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. le dr FÉLIX, portant pour titre : De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur, et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaire.

M. Kuborn. — Messieurs, un fait assez inattendu, qui heureusement n'a pas beaucoup de précédents, si tant est qu'il en existe dans les annales de cette Académie, s'est

produit depuis la dernière séance; l'auteur du mémoire sur l'action du phosphore, mémoire qui avait été soumis à l'examen d'une commission, a jugé à propos de faire prendre une copie de son travail, ce qui était son droit, et de la publier, ce qui peut être encore un droit, mais ce qui nous impose à nous un devoir.

Ce mémoire a été l'objet de quatre conclusions : adresser des remercîments à l'auteur; l'engager à continuer ses études sur la médication phosphorée; imprimer, moyennant certaines suppressions, son travail dans le Bulletin de l'Académie; enfin, porter à l'ordre du jour la discussion sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphore.

Certes, la commission a mis un certain temps à étudier l'œuvre dont il s'agit et à déposer son rapport (août 1881); mais vous vous rappellerez que la commission actuelle n'a pas été saisie du mémoire aussitôt après le dépôt; la commission instituée resta quelque temps incomplète, un de ses membres ayant refusé d'en faire partie.

Ceci, *ab initio*, a occasionné un certain retard.

J'ajoute que le mémoire, dès le premier examen, avait déjà donné lieu, au sein de la commission, à quelques observations, et que, sur l'initiative de l'un de nous, une lacune considérée comme assez grave, fut signalée à l'auteur; il s'agissait de l'action du phosphore sur les voies urinaires.

L'auteur reprit avec empressement son mémoire et il le retint pendant 4 mois.

On ne pouvait être moins discourtois, ni plus obligeant du côté de la commission.

C'est que nous avions considéré le mémoire comme une étude sérieuse. Il contient deux parties : une partie scientifique et une partie clinique.

La première a pu être l'objet d'une critique sérieuse, et ce n'est pas à M. Félix qu'elle a été adressée, attendu que celui-ci n'a rien contrôlé personnellement, qu'il n'a fait aucune expérience, qu'il n'a tâché par ce moyen d'élucider aucun des points encore douteux de la question.

Mais, c'est aux auteurs mêmes dont il a invoqué le témoignage, que nos critiques se sont appliquées; c'est l'interprétation donnée aux faits que nous avons parfois combattue.

Quant à la partie clinique, toute distincte, nous avons manifesté le regret d'avoir échoué, dans des cas où M. Félix aurait réussi avec sa médication, tout en engageant les praticiens à expérimenter à leur tour avec les précautions indiquées par l'auteur.

Les allégations de ce dernier ne pouvaient être jugées au pied levé, ni sans expérimentation. Cela nous a pris quelque temps. Nous avions en outre par devers nous, concurremment avec le travail de M. Félix, d'autres travaux qui avaient sur le sien droit de priorité. Voilà les causes du prétendu retard que nous avons mis à déposer le rapport.

Enfin, messieurs, l'auteur a fait précéder son mémoire imprimé d'une préface qui pourrait justifier une proposition sévèrement motivée : le retrait de l'objet figurant à l'ordre du jour, à cause des insinuations malveillantes dirigées en première ligne contre les membres de la commission, si de telles insinuations pouvaient les atteindre. Mais nous demanderons simplement que l'Académie veuille bien appliquer les dispositions réglementaires, en vertu desquelles un mémoire ne peut plus être soumis à la discussion, lorsqu'il a été publié ou retiré par son auteur.

C'est affaire à celui-ci, après avoir invoqué le jugement

d'une Compagnie qui compte assez de juges compétents, de s'y soustraire, même avant l'ouverture des débats.

Je propose donc la suppression des alinéas 1, 2 et 3 de nos conclusions, en priant l'Académie, toutefois, de tenir ouverte la discussion, non plus du mémoire, mais de la question relative à l'action physiologique et thérapeutique du phosphore.

— Ces propositions sont adoptées.

M. Du Moulin. — Messieurs, je regrette de devoir entretenir l'Académie un instant de ma personne, avant d'aborder la discussion scientifique; mais l'injure qui m'est faite est si grande que je ne pourrais la laisser passer. Ce qui m'autorise d'ailleurs à porter ma plainte devant cette assemblée, c'est que l'injure m'est infligée pour des paroles prononcées dans cette enceinte et reproduites textuellement dans le Bulletin de la Compagnie, d'après la sténographie; c'est encore que, portant au-dessus de moi, elle frappe l'Académie entière en atteignant le rapporteur et d'autres honorables membres, en raison même de l'exercice de leurs fonctions.

M. le dr Jules Félix, après avoir choisi l'Académie comme *juge*, vient de répudier le jugement émis ou à émettre et couvre de paroles injurieuses et de sarcasmes les membres que ce corps savant avait chargés d'examiner son œuvre et ceux qui ont pris la parole dans la discussion des conclusions du rapport. Cette conduite, sans précédent dans les annales de l'Académie, est très blâmable; mais où elle devient inqualifiable, c'est lorsque, poussé par je ne sais quel sentiment, oubliant complètement les égards qu'il doit à cette assemblée, qui est une institution royale, il se permet de commettre une action dont aucun écrivain

honnête ne voudrait se rendre coupable, c'est-à-dire une altération de texte. En effet, dénaturant complètement mes paroles pour les besoins de sa cause (page 16 de son livre), *il les fait précéder de guillemets, et d'un renvoi au Bulletin comme s'il s'agissait d'une citation textuelle prise dans cette publication;* puis, s'en servant comme d'un texte véritable, il combat ce qu'il a fabriqué et se donne le facile plaisir de couvrir de plaisanteries aussi injurieuses que mal fondées, un membre de votre Académie, qui n'a eu d'autre tort que de dire une vérité scientifique gênante, mais irréfutable, que, sauf une petite variante, l'auteur a reproduite lui-même, à la page 13 de sa préface.

Il est vrai, comme on me l'a fait remarquer, que M. Félix a glissé habilement, avant la citation, les mots : « M. Dumoulin qui semble vouloir s'écrier, » mots qui m'avaient échappés d'abord, les guillemets et le renvoi au Bulletin de l'Académie donnant à la citation une apparence d'authenticité qui m'avait trompé, comme elle a trompé et trompera à peu près tout le monde. Ces mots d'ailleurs, sauf la franchise, ne me paraissent rien enlever à l'inconvenance de l'action, car M. Félix ne discute évidemment que la proposition altérée qu'il cite; c'est d'elle qu'il triomphe, c'est par elle qu'il essaie de me rendre ridicule; ses lecteurs n'en connaîtront pas d'autre.

Cet acte de M. Félix pourrait donc être qualifié en termes les plus sévères. Prévu par la loi française, il ne l'est pas par la législation belge; nous ne pouvons et ne voulons cependant pas le laisser passer sans d'énergiques protestations et sans infliger à l'auteur le démenti qu'il mérite; aussi, pour que les lecteurs de son livre, pour que le public médical tout entier juge du procédé de M. Félix, nous pla-

çons ici le double texte, le vrai et le faux, l'un en regard de l'autre.

TEXTE VRAI.

« **M. Du Moulin.** — J'ai demandé la parole pour signaler les grands dangers de la médication par le phosphore; recommander cette médication d'une manière générale, c'est, me semble-t-il, faire une chose qui peut entraîner des conséquences désastreuses.

» Il y a des médicaments dont le maniement est si difficile, qu'on ne saurait trop le signaler; tel est le phosphore, qui présente des dangers à nuls autres pareils. Ce que nous savons de positif au sujet de son action physiologique ne laisse pas de doute à ce sujet. Quand on donne le phosphore en très petites quantités et pendant longtemps, il produit l'hyperplasie du tissu connectif et l'étranglement des éléments anatomiques spéciaux compris dans ses mailles; de là la diminution de l'activité fonctionnelle de ces éléments et des troubles profonds de la nutrition dans son ensemble. On voit ainsi naître tôt ou tard la cirrhose ou d'autres lésions du même genre avec toutes leurs conséquences.

» Si l'on donne le phosphore à doses plus élevées, on provoque la dégénérescence graisseuse des organes, d'où la prompte cessation des fonctions les plus importantes à la vie et des perturbations qui entraînent fatalement la mort.

» Un toxique aussi dangereux

TEXTE FALSIFIÉ.

« Messieurs, le phosphore!.... C'est pis que la poudre!.... C'est du poison!... c'est dangereux!... très dangereux!... trop dangereux!... Par conséquent, je propose à l'Académie de supprimer, séance tenante, cette thérapeutique incendiaire et de traduire en cour d'assises les médecins qui sont assez criminels pour oser préconiser un pareil médicament!... (Voir paroles de M. Dumoulin de l'Université de Gand, *Bulletin de l'Académie*, p. 797, année 1881) » (1).

(1) Page 16 de l'ouvrage de M. le dr Félix.

» pourrait-il être recommandé? Si » l'on voulait revenir à son emploi » dans la thérapeutique, emploi » aujourd'hui généralement aban- » donné par les personnes qui » sont au courant de l'état de la » question, il faudrait commencer » par démontrer l'action physiolo- » gique du phosphore dans la mé- » dication qui nous occupe; il fau- » drait surtout établir que, dans » des cas déterminés, les dégéné- » rescences dont il s'agit ne se pro- » duisent pas et que les dangers » dont nous parlons sont chiméri- » ques. Aussi longtemps qu'on » n'aura pas prouvé que le phos- » phore ne produit pas, sur cer- » tains organismes malades, les » désastres qu'il produit sur l'or- » ganisme sain, je le considérerai » comme très dangereux et j'en » déconseillerai l'emploi. » (*Bulletin de l'Académie*, 1881, page 799.)

Après cette déclaration, l'Académie comprendra les sentiments qui me font un devoir de renoncer à entrer davantage que je ne l'ai fait dans une discussion dont les conclusions seraient toujours considérées comme suspectes. Je ne puis me poser en juge impartial d'une personne qui m'a si profondément offensé, et je me récuse moi-même. D'ailleurs, messieurs, notre jugement n'est plus nécessaire, le travail est publié, il est entre les mains de tous, il trouvera ses juges, et ceux-ci seront peut-être plus sévères et en tout cas moins indulgents que l'honorable rapporteur.

J'arrive maintenant, messieurs, à la partie scientifique. Je veux avant tout limiter le débat. Comme je l'ai déjà dit, je n'entends pas entrer dans le fond de la question. Je me

bornerai à la démonstration des propositions que j'ai énoncées dans la séance du 24 septembre. J'avais affirmé alors deux choses : d'abord un point théorique ou pharmacodynamique, en disant que je ne connaissais au phosphore d'autre action bien établie que de produire, quand il était donné à petites doses, une hyperplasie du tissu connectif étreignant dans ses mailles les éléments anatomiques des organes et les soustrayant rapidement à toute fonction, et, à doses plus élevées, de provoquer la dégénérescence graisseuse des tissus, deux états pathologiques sans remède, qui font du phosphore le plus dangereux des poisons.

J'avais affirmé ensuite un point thérapeutique ou pratique, en disant que les personnes, qui sont au courant de la question du phosphore, ont généralement abandonné l'emploi de ce métalloïde, parce qu'elles le considèrent comme dangereux et inutile.

Ai-je dit vrai, messieurs?

Pour le démontrer nous reprendrons d'abord l'auteur lui-même qui, dans sa préface, fait aujourd'hui des reproches à l'honorable rapporteur et cite une opinion qu'il dit être le résumé des travaux de Wegener, de Gubler et de Virchow.

« *A doses élevées*, le phosphore pur exerce une action » fortement irritante sur certains tissus, principalement » sur les éléments parenchymateux du foie, des reins, de » l'estomac et des muscles ; cette action *irritante* a pour ré- » sultat de donner lieu, en peu de temps, à une *dégénéres-* » *cence graisseuse* et à *une nécrobiose* des tissus affectés. » *Mais à doses petites et longtemps répétées,* les tissus dont il » vient d'être question restent parfaitement sains, et l'action » irritante du phosphore pur à petites doses, au lieu de

» conduire à la nécrobiose et à la dégénérescence graisseuse, » a, au contraire, pour résultat *une hypergenèse des tissus* » *affectés*. Dans le premier cas, il y a *mort;* dans le second » cas, il y a *suractivité vitale!...* » (Wegner) (1).

Notez bien que d'après cette citation, le phosphore n'est plus un stimulant général, comme l'auteur l'affirme dans son travail, mais un *irritant des tissus* amenant, à haute dose, la dégénérescence graisseuse, et à petite dose une « *hypergenèse des tissus affectés.* »

Cette dernière affirmation résulte apparemment de ce que M. Félix combine l'opinion de Gubler avec celle de Wegner, dans l'intérêt de sa cause. Cet auteur ne dit pas, en effet, qu'il s'agit de l'hypergenèse des tissus des organes, mais de celle du tissu connectif des organes, ce qui n'est pas du tout la même chose.

Recourons en effet à Wegner lui-même, tel qu'il est cité par Nothnagel et Rosbach; mais constatons auparavent que, sur l'action du phosphore à doses élevées, c'est-à-dire de 5 à 10 centigrammes, nous sommes d'accord; la dégénérescence graisseuse est admise par tout le monde; c'est un des côtés de la question; il nous importe d'examiner soigneusement le second point, c'est-à-dire l'hypergenèse.

Or, voici ce que dit Wegner, cité par Nothnagel et Rosbach, et je n'ai pas de motif de penser qu'ils auraient falsifié le texte de Wegner :

« Les petites doses, qui exercent sur le développement » du tissu osseux l'influence ci-dessus décrite (c'est-à-dire » une hyperplasie du tissu ostéogène qui est une variété du » tissu conjonctif) ne produisent pas d'autres troubles :

(1) *De l'action phys. et thér. du phosphore pur*, etc., par le dr Félix, p. 13.

» point de troubles nutritifs, *point d'altérations fonctionnelles* » *ou anatomiques.* Élevez lentement ces doses, *sans toutefois* » *les élever au point de provoquer une intoxication aiguë ou* » *chronique,* et vous donnerez lieu à une *irritation du tissu* » *conjonctif interstitiel du foie et de l'estomac,* etc. Vous ver- » rez se produire une gastrite indurative chronique..... et » une hépatite interstitielle et chronique avec ictère et *dispa-* » *rition de la substance hépatique....* cirrhose, etc. »

Voilà le texte exact. Il en résulte, nous tenons à le faire remarquer, d'abord qu'on ne constate aucune excitation, aucune action fonctionnelle; mais tout à coup et sans que l'on soit prévenu, on se trouve devant une hyperplasie du tissu connectif, soit de l'estomac, soit du foie; on se trouve en présence d'une gastrite indurative ou devant une cirrhose, affections contre lesquelles la médecine est impuissante, dont les conséquences sont funestes et qui entraînent fatalement la mort. C'est pourquoi j'ai dit que, de tous les poisons connus, le phosphore est le plus perfide et le plus dangereux, parce qu'on n'est pas averti de ses effets. Il en résulte encore que ce n'est pas le tissu des organes qui est le siége de l'hypergenèse, mais bien le tissu cellulaire interstitiel; ce qui entraîne non pas la suractivité vitale, mais la mort de l'organe affecté.

M. le dr Félix dit : « le docteur Du Moulin n'emploie-t-il pas la strychnine, l'atropine, etc.? Je prends les plus énergiques de la série qu'il m'objecte. »

Si, messieurs, j'emploie la strychnine; mais je suis averti quand je m'en sers; je constate s'il y a des perturbations fonctionnelles, et je suis prévenu qu'il existe un danger; alors j'arrête l'emploi de ce médicament, et s'il y a intoxication, j'ai le temps d'intervenir; mais je le répète, le

phosphore ne m'avertit pas, le malade est empoisonné et il meurt par ma faute, sans que je puisse empêcher ce déplorable résultat. D'ailleurs, il y a encore entre la strychnine, l'atropine, etc., et le phosphore, cette différence fondamentale, que l'action des premières n'altère point la nutrition des tissus, et que, le danger conjuré, tout rentre dans l'ordre; ce qui n'est nullement le cas pour le phosphore.

Les auteurs ont donc eu raison de condamner ce poison et de ne plus vouloir qu'on l'emploie dans la thérapeutique; car je ne suis pas seul de mon avis; je vais vous le démontrer.

Je prends d'abord un ancien, le vénérable Schroff, dont l'ouvrage, publié en 1856, a obtenu un grand succès et a eu plusieurs éditions ultérieures dans lesquelles l'opinion de l'auteur n'a fait que se renforcer. Schroff s'énonce de la manière la plus concluante en disant (je lis en allemand) : « *Anwendung in Krankheiten.* In unseren Tagen wendet man » den Phosphor mit Recht innerlich kaum mehr an, da er » *selbst bei vorsichtiger Anwendung* leicht gefæhrlich wird » und die bisherigen Erfahrungen keineswegs zu seinen » Gunsten sprechen, etc. » Ce qui veut dire : que de nos jours, et avec raison, on emploie à peine encore le phosphore à l'intérieur, parce qu'il devient facilement dangereux, même quand on l'emploie avec la plus grande prudence, et que jusqu'ici les observations ne déposent nullement en sa faveur. Schroff énumère alors les cas dans lesquels on l'a recommandé, mais ne cite pas parmi eux la tuberculose; cependant d'autres auteurs, Oesterlen et Clarus, signalent cette affection comme étant traitée parfois par le phosphore.

Je continue : « Ich sah ihn vor 30 jahren auf der mede-

» cinischen clinik zu Prag bisweilen anwenden *ohne allen* » *Erfolg.* »

Il l'a vu employer, il y a 30 ans, à la clinique de Prague, sans aucun succès. Schroff ajoute, dans sa dernière édition (1875), qu'il a renoncé à ranger le phosphore parmi les excitants et que le professeur Oppolzer (un des meilleurs cliniciens de l'Allemagne) a eu l'occasion de faire les mêmes observations que lui.

Voyons, après cela, Nothnagel et Rosbach; je n'ai pas le texte allemand sous les yeux, mais j'ai la traduction de Bouchard, et je me suis assuré de son exactitude; l'édition française me dispensant de vous citer deux textes, je m'en servirai.. Je lis, page 178 :

« A diverses époques le phosphore a été employé par les médecins; on a toujours fini par l'abandonner, à cause des résultats peu encourageants qu'on en obtenait..... Nous n'avons jamais eu recours au phosphore, dans aucune de ces affections. Nous n'insisterons donc pas là-dessus. » Puis, plus loin, il ajoute que « les expériences de Wegner ne pourraient fournir une base physiologique, légitimant l'emploi du phosphore que dans diverses affections des os, ajoutant qu'il faut reconnaître que, chez les enfants surtout, l'usage de cette substance pourrait ne pas être *sans inconvénient et même sans danger*. »

Voilà tout ce qu'ils disent; ce n'est pas très encourageant!

Consultons aussi un auteur français : j'en choisis un qui s'est occupé de toxicologie et a fait beaucoup d'expériences pharmacodynamiques, je veux parler de Rabuteau. Je le préfère à Gubler, parce qu'il sacrifie moins à la forme et à la théorie spéculative; il est plus clair, plus simple et ne se perd jamais dans des hypothèses sans base expérimentale.

Voici ce qu'il dit (page 226) : « En traitant ce sujet, je » me conforme à l'usage qui range le phosphore parmi les » substances médicamenteuses. Je ne crains point d'affir- » mer que cette substance toxique n'a rien guéri jusqu'ici, » et que jamais je ne voudrais la prescrire, car *elle a* » *été inutile toujours,* et l'empoisonnement qu'elle peut dé- » terminer ne guérit jamais. Il est constamment suivi de » ces terribles altérations de nutrition qu'on désigne sous » le nom de stéatoses. On peut même avancer que le phos- » phore est le plus actif des poisons stéatogènes. »

Enfin et comme un comble de preuve, s'il est permis de parler de comble dans une question de ce genre, nous lisons dans la dernière édition le Schroff ces mots : « Phos- » phorus. Mit Recht nicht mehr officinel, » ce qui veut dire que le Gouvernement autrichien a rayé le phosphore de sa pharmacopée officielle (1).

N'avais-je donc pas raison de dire que le phosphore est le plus perfide des poisons; que je redoute son action sur la nutrition et que ceux qui le connaissent se refusent à l'employer. J'aurais pu ajouter qu'on le raye des pharmacopées; ce qui est encore beaucoup plus concluant.

Messieurs, je m'arrête; je n'entrerai pas plus avant dans le débat; ma démonstration est complète; je ne pourrais la faire meilleure; elle repose sur des données et sur des sources indiscutables et irrécusables, et sans juger tous les détails, elle juge le phosphore et sa thérapeutique.

Quant au reste du système développé par M. le dr Félix, la réfutation en est facile; mais je me refuse à le discuter davantage; je ne veux pas apprécier le travail d'un homme qui m'a si profondément offensé.

(1) SCHROFF. Édition de 1873, p. 338.

M. Depaire. — Messieurs, le cas dont nous nous occupons est à coup sûr très singulier. Lorsque dans une dernière séance, à propos de la lecture du rapport, j'ai demandé s'il y avait quelque chose de nouveau dans le travail de M. Félix, je ne m'attendais pas à voir surgir un pareil incident. Je dis que ce cas est très singulier : en effet, un médecin soumet un mémoire à l'Académie; un rapport est présenté à celle-ci; à la suite de ce rapport et des observations auxquelles il donne lieu, l'auteur, appréhendant sans doute le résultat de la discussion de son travail, le dérobe à l'examen de l'assemblée.

Que faire en cette occurrence? A mon avis, nous ne devons pas nous occuper de ce procédé; nous devons le livrer au jugement du public médical, qui l'appréciera comme il mérite de l'être, si ce n'est déjà fait; nous devons nous borner à discuter avec calme la question de l'action du phosphore; nous devons voir si, depuis la dernière discussion qui a eu lieu dans cette enceinte, des faits nouveaux se sont produits. J'appuie donc la proposition de l'honorable rapporteur, tendant à maintenir à l'ordre du jour la discussion sur l'action du phosphore.

Je dois rappeler à l'Académie que la question est ouverte devant elle; elle a été soulevée, il y a plusieurs années déjà, par un travail de M. Rommelaere; la Compagnie a décidé alors qu'on suspendrait toute discussion, jusqu'à ce que des faits nouveaux fussent apportés, relativement à l'action du phosphore. Si actuellement des membres de cette assemblée possèdent à ce sujet de nouvelles données, je crois que l'on pourra continuer la discussion.

Je suis incompétent pour apprécier la question clinique; mais je me suis beaucoup occupé de la question toxicolo-

gique et surtout du mode d'action du phosphore. J'ai étudié le travail de M. Félix, à ce point de vue, et je n'y ai absolument rien trouvé de nouveau; j'y ai constaté au contraire des omissions fort graves; de sorte qu'à tous égards la discussion de ce travail serait sans résultat utile, et qu'il y a donc lieu de restreindre la discussion à l'action physiologique et thérapeutique du phosphore.

M. Deneffe. — Depuis plus de dix ans, messieurs, j'ai fait dans ma pratique particulière et à ma clinique, un fréquent usage des préparations phosphorées, et, en présence des assertions de M. le dr Félix, je ne puis me soustraire à l'obligation d'exposer devant vous les résultats que j'en ai obtenus.

Bien longtemps, dans les cas d'anémie, de chlorose, de lymphatisme, je me suis servi du phosphore associé au fer; je prescrivais : glycérine, 4 gr., phosphore, 0.10 centigr.; dissoudre au bain-marie à 50°; ajouter sous-carbonate fer, 5 gr., pour 100 pilules, que je faisais prendre aux malades, à raison de 4 à 6 par jour.

J'ai employé fréquemment la même formule dans les atrophies du nerf optique. Dans aucun de ces cas, le phosphore n'a manifesté ses effets, jamais je n'ai constaté la moindre action de cet agent, et la médication que j'avais instituée n'agissait évidemment que par le fer qu'elle introduisait dans l'organisme. En présence de ces résultats absolument négatifs, je crus que le phosphore se décomposait peut-être au contact du fer et je m'expliquai ainsi son impuissance.

J'exposai mes doutes, à cet égard, à mon honorable ami, M. le pharmacien Picard, de Gand, et cet habile chimiste, après bien des essais, me fit préparer des perles gélati-

neuses renfermant l'huile phosphorée du Codex, la plus stable des préparations de phosphore. Chaque perle contenait un milligramme de phosphore. J'étais cette fois bien armé et je ne pouvais plus attribuer à la décomposition ou à l'altération du médicament l'inutilité de mes tentatives.

Je soumis à la médication phosphorée des cas d'ataxie locomotrice progessive ; des cas de paralysie, d'atrophie des nerfs optiques; de bronchite chronique, invétérée; de tuberculose débutante, de chlorose, de lymphatisme, de scrofule, de menstruation difficile ou irrégulière chez des jeunes filles. Dans la plupart de ces cas, le phosphore a été administré à la dose progressive de un à six milligrammes par jour, et cela pendant plusieurs mois. Les effets thérapeutiques restèrent toujours nuls et je n'obtins, dans aucun de ces cas, le moindre résultat. On eût dit que le malade prenait des pilules de mie de pain.

Je me joins donc aux médecins éminents qui ont, avant moi, étudié l'action thérapeutique du phosphore, pour dire qu'entre mes mains cet agent, qu'on pouvait croire si actif et si utile, est resté, comme entre les leurs, absolument inerte.

J'ai toujours manié ce dangereux médicament avec une grande précaution, et si je n'ai jamais eu à m'en louer, je puis dire aussi, avec une grande satisfaction, que je n'ai jamais eu à m'en plaindre. Jamais je n'ai constaté aucun accident à la suite de son emploi. Les perles d'huile phosphorée que je faisais ingérer à mes malades provoquaient de fréquents renvois d'une saveur alliacée; mais au bout de quelques jours ils s'y accoutumaient. Ces renvois sont le seul inconvénient que je puisse mettre à charge du phosphore.

Si ma pratique ne me permet pas de croire à l'action thérapeutique de ce métalloïde, elle me permet de dire qu'on a exagéré les dangers de la médication phosphorée. Pendant des mois, j'ai fait prendre à des malades le phosphore à la dose de cinq milligrammes par jour, et leur organisme n'en a pas été défavorablement influencé.

M. le Président annonce que le moment est venu d'admettre M. Golenvaux à faire sa communication. Il demande à l'Académie si, la discussion du rapport sur le travail de M. Félix étant close, on doit maintenir la question du phosphore à l'ordre du jour. — L'Académie décide qu'elle y sera maintenue.

3. PRÉSENTATION par M. le dr GOLENVAUX, à Bruxelles, de deux femmes sur lesquelles il a pratiqué l'ovariotomie, avec succès, pendant la gestation.

— Après avoir présenté à l'assemblée les deux dames dont il s'agit, M. Golenvaux obtient la parole pour exposer les faits, et donne lecture de la note suivante :

Messieurs, j'ai pratiqué huit fois la gastrotomie pour des tumeurs de l'abdomen. Une seule fois, la mort a été la suite de l'ablation complète de la matrice et des ovaires. Dans les sept autres cas, dont le premier remonte au 2 septembre 1874, j'ai eu affaire à des tumeurs diverses de l'ovaire, et chaque fois les opérées ont guéri. Dans cinq de ces cas, la guérison fut complète au bout de 10 à 12 jours, et les femmes purent reprendre leur travail du 14e au 15e jour. Deux d'entre elles furent opérées pendant la période de gestation. Les observations qui se rapportent à ces deux

opérations me paraissent présenter un intérêt tout exceptionnel ; ce sont celles des deux femmes présentes. Je vais, messieurs, avoir l'honneur de vous soumettre la relation de ces deux cas.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Mme Marie Loch, épouse Corbusier, demeurant à Ixelles, rue de Dublin, 27, vint me consulter le 16 mai 1877 pour un développement énorme du ventre. Elle était alors âgée de 37 ans. Cette dame a un tempérament lymphatique ; elle jouit d'une bonne constitution. Réglée pour la première fois vers l'âge de 17 ans, l'écoulement menstruel a toujours été régulier, excepté pendans les derniers mois. Mariée à 30 ans, elle a eu deux enfants, dont le dernier est né en septembre 1873. A l'une des questions qui lui furent posées, elle répondit qu'il y a deux ans environ, en puisant de l'eau, elle s'était heurtée violemment à la margelle du puits, et que, depuis cet accident, son ventre avait pris du développement, mais était resté toutefois indolore. Effrayée, elle consulta deux médecins qui la traitèrent pour une ascite. C'est dans ces circonstances qu'elle vint réclamer mes soins. Si la distension exagérée des parois de l'abdomen et un examen sommaire ne me permettaient pas tout d'abord de poser un diagnostic précis, je pus néanmoins ne pas admettre l'opinion des deux confrères, relativement à une ascite. Je constatai que la tumeur était plus dure à gauche qu'ailleurs et qu'elle remplissait presque tout l'abdomen ; les intestins étaient refoulés en arrière. La miction était difficile : le jet d'urine se faisait en arrosoir et cessait parfois brusquement ; la défécation se faisait très difficilement ; il y avait œdème prononcé aux jambes. Tou-

tefois, la malade m'assurait que celles-ci avaient été plus volumineuses en septembre et octobre 1876, et qu'elles étaient diminuées un peu depuis le nouvel an. Au toucher, on constatait que la matrice était très développée et qu'elle était enclavée dans le petit bassin; le col était engorgé, ramolli et fortement abaissé au centre du vagin. La respiration était très difficile. La malade, émaciée, s'asphyxiait. Depuis 15 jours, elle vomissait tous les aliments qu'elle prenait; il fallait donc intervenir au plus tôt.

Aussi, dès le lendemain, aidé de mon excellent confrère et ami, M. le docteur Valkeniers, je pratiquai une ponction dans le point le plus fluctuant du ventre, ponction qui me donna 11 litres d'un liquide poisseux, albumineux, couleur chocolat. Etonnés de voir le ventre encore si gros après cette ponction, nous pûmes, constater, mon confrère et moi, par l'auscultation, l'état de grossesse de la femme; en même temps, nous diagnostiquâmes un kyste ovarique à droite. A nos questions, M^me^ Corbusier répondit qu'elle n'était plus réglée depuis quelque mois; qu'il y avait 4 ans qu'elle n'avait plus eu d'enfant, et qu'elle ne croyait pas qu'elle fût enceinte. Toutefois, elle ajoutait que ses seins s'étaient développés depuis le nouvel an, et elle se souvenait d'avoir eu ses menstrues pour la dernière fois à la Noël 1876. Les battements du cœur de l'enfant étant manifestement perçus, nous lui déclarâmes qu'elle était enceinte et que le début de sa grossesse datait de la nouvelle année. Sa grossesse, pour nous, était donc arrivée au 5^e^ mois, et l'avenir a prouvé que nous avions raison.

Le lendemain, la femme confirmait notre opinion en nous disant que l'enfant s'était beaucoup remué toute la nuit. La respiration était devenue plus facile, et l'appétit était meil-

leur qu'auparavant. En cette occurrence, quelle conduite avions-nous à tenir? D'aucuns de mes amis me conseillaient de ponctionner le kyste au fur et à mesure qu'il se remplirait; mais ces ponctions répétées devaient, selon moi, épuiser les forces de la malade, et ne pourraient jamais faire espérer un accouchement à terme. D'autres me conseillaient de la faire avorter pour l'opérer plus tard. Cette opinion ne me souriait pas davantage, parce qu'en enlevant la vie à l'enfant, rien ne m'assurait que la mère ne succomberait pas aussi.

Au bout de 15 jours, le liquide s'était déjà reproduit en grande partie; il fallait prendre une détermination : opérer ou se voir obligé de pratiquer une seconde ponction.

Je me décidai à pratiquer l'ablation du kyste, dans l'espoir que la grossesse continuerait son cours normal si l'opération marchait bien.

Tout fut préparé pour cette opération, et, le 21 juin, elle eut lieu, rue Longue-vie, 26, à Ixelles, dans l'appartement même qu'occupaient les époux Corbusier. Les docteurs Capart, Joris, Valkeniers, Matagne et M. Clercqx, étudiant en médecine, assistaient à l'opération. Je suis heureux de pouvoir saisir ici l'occasion de les remercier de leur concours si dévoué et de les associer au succès de l'opération.

La malade étant chloroformisée, j'incise la paroi abdominale et, sur la sonde cannelée, le feuillet pariétal du péritoine. Une once ou deux de sérosité s'écoulent. La tumeur ou plutôt les tumeurs apparaissent alors, la matrice à gauche et en bas, le kyste la surplombant et l'écrasant. Ayant fait choix d'une poche bien fluctuante qui se présente, je la ponctionne aussitôt; mais je m'aperçois que le liquide est trop épais pour s'écouler par la canule du trocart et que

cette poche est indépendante d'une autre, beaucoup plus vaste. Avec des ciseaux guidés sur deux doigts de la main gauche, j'agrandis beaucoup mon incision et j'entraîne tout le kyste sans en épuiser le contenu (13 litres d'un liquide épais couleur chocolat). Heureusement, il n'y avait pas d'adhérence. Dans cette manœuvre rapide, quelques gouttes d'un liquide épais et quelques grumeaux gélatineux sont tombés dans le péritoine. J'enlève ce liquide et ces grumeaux avec une éponge et je termine au plus tôt l'opération. La malade avait perdu tout au plus une demi-once de sang. En 30 minutes, opération et pansement étaient finis, et la malade remise au lit.

Notre diagnostic se justifiait donc pleinement : il s'agissait d'un kyste ovarique à droite, et la matrice que nous avions eue sous la main indiquait bien qu'elle était arrivée à environ 6 mois de gestation.

Mais revenons à notre malade ; il était 4 heures 3/4 lorsqu'elle fut portée au lit.

Il faisait très chaud ce jour là (21 juin) ; craignant une réaction trop grande, j'appliquai immédiatement deux ampoules de glace sur le ventre et de temps en temps, pour calmer la soif de l'opérée, je lui donnai de petits fragments de glace. Le pouls, à 5 heures, marquait 72 pulsations de même qu'à 6 1/2, à 7 1/2, à 9, à 11 et à 12 heures du soir, et à 1 1/2, à 2 1/2 et à 5 heures du matin, le 22 juin.

A minuit, la malade eut un petit vomissement aqueux insignifiant, déterminé sans doute par les vapeurs chloroformiques. Je la sondai toutes les 2 à 3 heures.

22 juin. Pouls 72. On continue à la sonder toutes les 2 à 3 heures. Elle n'accuse aucune souffrance. La glace est néanmoins continuée.

Régime : eau vineuse glacée; potage vert froid; lavement huileux.

23 juin. Pouls, 72. Je continue à sonder la malade. Applications de glace; bouillon froid; vieux Bordeaux.

24 juin. Pouls, 72. On cesse les applications de glace. Premier pansement phéniqué du clamp. Bouillon gras; poulet; boissons vineuses. Lavements à l'huile de ricin; selles nombreuses. La malade urine seule.

25 juin. Pouls, 72. La malade a pris, pour déjeûner, du café au lait et des tartines. Je la trouve dans sa chambre faisant la toilette à ses enfants. Régime réconfortant. J'enlève 4 sutures superficielles et 4 profondes. Réunion par première intention, que j'ai soin de consolider par des bandes collodionnées.

26 juin. Pouls, 72. Le ventre grossit rapidement depuis l'opération. J'enlève la dernière suture profonde. La malade reste assise à la fenêtre et se promène dans la chambre.

27, *28*, *29*, *30 juin*. Elle va de mieux en mieux. Régime fortifiant.

1er juillet, dixième jour après l'opération, la malade est allée à la messe, à l'église voisine.

Le *5 juillet*, je jette une ligature derrière le clamp momifié et je l'enlève. Pansement cératé au niveau du clamp pendant quelques jours. Guérison complète.

La grossesse suivit son cours normal; le ventre fut modérément retenu par une ceinture en flanelle. Je surveillai attentivement la malade et, comme on approchait de l'époque présumée, je la visitai quotidiennement. Malgré toutes mes précautions et la recommandation que je fis à Mme Corbusier de me prévenir dès que les premières douleurs se manifesteraient, la nature faillit devancer tous

mes soins et réserver à ses seules ressources le travail de l'accouchement. En effet, le 13 octobre, à 6 heures du matin, un voisin dévoué accourut m'appeler. Je partis au plus tôt, et j'arrivai pour trouver l'enfant près de la vulve. Encore une douleur et l'accouchement était terminé. L'enfant était là, criant, bien portant. Mais déjà mon confrère et ami, M. le docteur Collignon, à qui j'avais promis de le faire assister à l'accouchement, était arrivé avant la délivrance de l'accouchée, et ensemble nous constatâmes que le nouveau-né pesait 3235 grammes. Depuis, Mme Corbusier jouit de la santé la plus parfaite et les menstrues, qui sont revenues 8 mois après l'accouchement, prouvent que l'ovaire reste intact. Il y a plus encore : l'an dernier elle eut une fausse couche à 2 1/2 mois de gestation.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mme Louise Hayet, épouse Rondon, demeurant à Bruxelles, rue de la Samaritaine, 22, vint réclamer mes soins vers le milieu de juillet dernier, pour une tumeur très considérable du ventre.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution physique bonne, Louise a eu ses règles à 15 ans. Toujours bien réglée depuis lors, elle s'est mariée à 25 ans et a eu quatre enfants dont le dernier est né le 22 mars 1880. Six semaines après chacun de ses accouchements les règles ont reparu ; mais après la naissance du dernier enfant, en même temps que les règles étaient revenues le ventre restait très développé. De jour en jour, il augmentait et, sauf un point douloureux limité à droite, le ventre était indolore.

Effrayée de ce développement, elle consulta un médecin qui reconnut la présence d'un kyste, et qui, aidé d'un con-

frère, pratiqua une ponction. C'était vers le milieu de février dernier. Onze litres d'un liquide brun-chocolat furent retirés ainsi de la tumeur. Mais, 4 mois plus tard, il fallut de nouveau ponctionner le kyste, et cette fois, aucun liquide ne sortit de la canule du trocart. Après l'opération, l'examen de la tumeur nous en donna la raison. C'est sur ces entrefaites que, vers la mi-juillet comme je le disais en commençant, elle réclama mes soins.

En l'examinant, je n'hésitai pas un seul instant à diagnostiquer un kyste de l'ovaire droit. A gauche, je sentais des masses plus dures, mais qui étaient confondues dans une seule et même matité avec la vaste tumeur.

Les fonctions des organes abdominaux sont entravées : la miction et les selles sont difficiles. Il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. Le toucher vaginal ne nous apprend rien : le col de la matrice n'est pas déplacé. Je ne constate rien d'anormal de ce côté.

La malade m'apprend que, depuis le 28 mai, elle n'a plus eu ses règles; je trouve ses seins engorgés. D'autre part, il y a des troubles digestifs. N'y aurait-il pas grossesse en même temps qu'un kyste ovarique? Telle fut ma première question.

Je me promis d'observer de près la malade; chaque semaine je la réexaminai. J'acquis ainsi à peu près la certitude qu'elle était enceinte, et lorsque tout fut prêt pour l'opération, j'invitai mes confrères à assister à l'ablation d'un kyste de l'ovaire chez une femme que je croyais, disais-je, enceinte de 3 1/2 mois.

Encouragé par un premier succès, je ne pouvais plus hésiter à pratiquer cette opération. Mais j'eus d'abord recours à toutes les ressources de l'hygiène, et j'installai no-

tamment ma malade dans un appartement sur le plateau de Koekelberg; c'est là que je pratiquai l'opération, le 15 septembre dernier, à 11 heures du matin. Les docteurs Valkeniers, Joris, Dalebroux, Poncin et Turlot furent mes aides dévoués en cette circonstance.

Comme nous l'avions reconnu, c'était bien un kyste de l'ovaire droit, et mes amis et moi, nous pûmes sentir la matrice dépassant le pubis. Le kyste était adhérent à droite, là où la malade avait ressenti un point fixe et si douloureux. Deux ligatures en catgut furent jetées sur les brides d'adhérence et la section fut pratiquée au milieu. Le kyste fut vidé et entraîné au dehors; il contenait quinze litres d'un liquide brun, poisseux, albumineux. Un clamp fut placé sur le pédicule de la tumeur et amené au bas de l'incision. Je m'empressai de réunir les lèvres de la plaie par 4 sutures profondes en gros fil de chanvre et 3 sutures superficielles en fil d'argent. La malade n'avait pas perdu 10 grammes de sang. L'opération avait duré en tout 13 minutes. Des bandes de sparadrap recouvrirent les compresses trempées dans l'eau phéniquée et appliquées sur la plaie. De l'ouate et une bonne ceinture en flanelle complétèrent mon premier pansement; la malade fut portée au lit. La réaction ne tarda pas à s'opérer. J'enlevai l'ouate à ce moment, comme je le fais toujours, pour placer sur le ventre deux vessies remplies de glace. La malade accusait de la douleur au niveau de la plaie; mais bientôt après les applications de glace elle cessa. Il était alors midi. Le pouls était à 84.

Vers une heure, la malade se plaignit de violentes douleurs des reins; craignant un avortement, je pratiquai coup sur coup deux injections hypodermiques renfermant chacune un centigramme de morphine. Les douleurs cessèrent

immédiatement est la malade s'endormit. Vers minuit, je dus recourir au même moyen, qui fut suivi des mêmes effets. Le pouls, relevé d'heure en heure, ne dépassa jamais 88 pulsations. La malade fut sondée toutes les 2 à 3 heures, et on appliqua de la glace continuellement sur le ventre. A l'intérieur, la malade ne voulut prendre qu'un peu de glace.

16 septembre. Pouls 84. Elle n'a eu aucun vomissement. Je continue à la sonder. Elle prend des boissons vineuses, un peu de bouillon de veau, froid, en gelée et dégraissé. Des douleurs des reins se sont encore montrées et ont cessé, à la suite d'une injection hypodermique de morphine.

17 septembre. Pouls 84. La malade prend un peu de café au lait, le matin, et dans la journée un peu de bouillon de veau, tiède. Je ne dois plus la sonder.

18 septembre. Pouls 84. La malade a déjeûné avec du café au lait et des tartines. Boissons vineuses et viande. J'enlève les sutures superficielles et deux sutures profondes. Réunion par première intention dans toute l'étendue de la plaie, que j'ai soin de renforcer par une suture collodionnée. Lavement huileux qui entraîne peu de matières fécales.

19 septembre. Pouls 80. La malade se lève. Elle a une selle abondante, après un lavement riciné. J'enlève les deux sutures profondes. Régime fortifiant.

20 septembre et jours suivants. Rien de particulier : la malade va de mieux en mieux et se promène dans la chambre. Le clamp tombe le huitième jour. Pansement cératé de la plaie.

Le 29 septembre, quatorzième jour après l'opération, la malade se promenait dans la rue. Réunion solide. Pansement cératé.

Depuis, la malade est retournée chez elle bien portante, et vers la mi-octobre l'enfant a donné signe de vie.

La grossesse suit un cours régulier, et tout me fait présager un accouchement heureux.

Structure de la tumeur. — Comme dans le premier cas, le kyste était constitué par une vaste poche, à parois résistantes et fibreuses. Dans cette poche-mère, il y avait un nombre très considérable de poches plus petites, de la grosseur d'un œuf, d'une noix et moindre encore, superposées et agglomérées vers le pédicule de la tumeur. Ces petites poches avaient un contenu gélatineux beaucoup moins fluide que celui de la poche-mère. C'est dans cet amas de petites poches que la deuxième ponction a été faite.

— M. le président remercie M. Golenvaux de sa communication, et l'Académie décide qu'elle sera imprimée dans le Bulletin.

III. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à 1 heure et demie, l'Académie s'est occupée de questions d'ordre intérieur et a procédé successivement aux élections suivantes :

1. Nomination de la commission de comptabilité, en exécution de l'article 16 des statuts.

Sont nommés : MM. Bellefroid, Janssens et Warlomont.

2. Élection du premier vice-président de l'Académie, pour l'exercice 1882.

M. Depaire est élu par 28 voix sur 30 votants.

3. Élection d'un membre titulaire dans la 1re section, en remplacement de M. Barella, admis à l'un des nouveaux

siéges créés dans la 4e section. — Candidats : MM. Casse et Masius, correspondants.

M. Masius est élu.

4. Élection d'un membre titulaire pour le nouveau siége créé dans la 1re section. — Canditats : MM. Bruylants, correspondant, et Van Bambeke, professeur à l'Université de Gand.

M. Van Bambeke est élu.

5. Élection d'un membre titulaire dans la 2e section, en remplacement de M. Gouzée, promu à l'honorariat. — Candidats : MM. Hambursin et Hayoit, correspondants.

M. Hambursin est élu.

En conséquence, MM. Masius, Van Bambeke et Hambursin sont proclamés membres titulaires.

Leur nomination sera soumise à l'agréation du Roi.

— La séance est levée à 2 heures et demie.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

BOËNS (H.). Discours de clôture prononcé au Congrès international des anti-vaccinateurs, qui s'est tenu à Cologne, en 1881. Charleroi, 1881; in-fol.

BOURDIN (C.-E.). Étude médico-psychologique. — Antonomasie et aphasie. Paris, 1881; 8°.

CAPART. De l'hypertrophie des amygdales. — De la laryngo-trachéite consécutive. Bruxelles, 1881; 8°.

CHANDELON (J.). Poudreries. — Accident. Bruxelles, 1881; 8°.

D'ARPE (C.). Intorno ai mezzi per impedire la propagazione del vaiuolo. — A proposito di una communicazione fatta dal dott. Umberto Boëns, di Charleroi, al direttore del *Journal d'hygiène*. Napoli, 1881; 8°.

DELE (E.). Les maladies contagieuses et infectieuses des animaux, dans le Royaume-Uni, en 1876-77-78 et 79. Bruxelles, 1881; 8°.

FÉLIX (J.). De l'action physiologique et thérapeutique du phosphore pur et de son emploi dans le traitement curatif de la bronchite chronique, de l'emphysème et de la phtisie pulmonaires. Bruxelles, 1881; vol. 8°.

HUBERT (E.). Kyste de l'ovaire; adhérences indestructibles; suture du kyste à la paroi abdominale; guérison. Louvain, 1881; 8°.

INGELS (B. C.). Rapport médico-légal. — Tentative de meurtre, exécutée par un mari sur sa femme et son enfant. Gand, 1881; 8°.

— Rapport médical, relatif à l'année 1880, sur l'hospice Guislain, à Gand, adressé à M. le Ministre de la justice. Gand, 1881; 8°.

JANSSENS (E.). Ville de Bruxelles. — Annuaire démographique et tableaux statistiques des causes de décès. — Année 1880. Bruxelles, 1881; 8°.

LA TEMPÉRANCE. — Bulletin de la Société française de tempérance (Association contre l'abus des boissons alcooliques). Année 1881, n° 3. Paris, 1881; 8°.

LEYDER (J.) et PYRO (J.). La viande de bœuf et la viande de cheval; recherches sur leur composition, leur valeur nutritive et leur prix commercial. Bruxelles, 1874; 8°.

LEYDER (J.). Coup d'œil sur la situation de notre production animale à propos du concours national d'animaux domestiques ouvert à Bruxelles, en 1874, par les soins de la Société agricole du Brabant-Hainaut.— Rapport adressé à M. le Ministre de l'intérieur. Bruxelles, 1874; 4°.

— L'origine des forces musculaires. Namur, 1877; 8°.

— Les chevaux belges au concours hippique international de Lille en 1879. Bruxelles, 1879; 8°.

— Les animaux domestiques : espèces bovine, ovine, porcine, etc. à

l'Exposition universelle de Paris, en 1878. — Rapport. Bruxelles, 1880 ; vol. in-8°.

LEYDER (J.). Les animaux domestiques à l'Exposition nationale de 1880. Bruxelles, 1881 ; 8°.

MARKER (M.). Recherches sur la ventilation naturelle et la ventilation artificielle, principalement dans les étables, ainsi que sur la porosité de quelques matériaux de construction ; traduit de l'allemand par J. Leyder. Bruxelles, 1873 ; 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Bulletin de la Commission centrale de statistique. — Tome XIV. Bruxelles, 1881 ; vol. 4°.

NOTICE sur Jean Henri Kuborn. — 1794-1881. Liége, 1881 ; 8°.

NUEL (P. J.). OEil — anatomie et physiologie comparées, développement, pathologie, opérations et prothèse. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Paris, 1880 ; vol. 8°.

— Ophthalmie sympathique. — Ophthalmique (nerf). — Ophthalmiques (vaisseaux) — Anatomie et pathologie. — Ophthalmitis (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*). Paris, 1881 ; 8°.

— Quelques phases du développement du *Petromyzon planeri* (1re communication). Bruxelles, 1881 ; 8°.

— Dilatation des lymphatiques péricornéens et papilles vasculaires de la cornée. Paris, 1881 ; 8°.

— Un cas de colobome de la paupière supérieure et des sourcils. Paris, 1881 ; 8°.

PEETERS (J. A.). Rapport sur la situation de l'asile d'aliénés de Gheel pendant l'année 1880, adressé à M. le Ministre de la justice. Gand, 1881 ; 8°.

SCHLAUKOPF. Zweiter offener Brief an den Reichstagsabgoerdneten Herrn Dr. med. Thilenius ; mit einem Anhange : Offener brief an Herrn Dr. med. Schlaukopf, in Blasewitz, von Dr. Berthelen, in Lohmen. Dresden. 1881 ; 8°.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE PUBLIQUE DE BELGIQUE. — Compte rendu de la première et de la deuxième réunion du corps médical belge, tenues le 26 décembre 1880 et le 29 avril 1881, à Bruxelles. — Question traitée : *De la syphilis et des moyens de la combattre.* Bruxelles, 1881 ; 8°.

VERGA (A.). De la rupophobie ; traduit de l'italien par le dr B. C. Ingels. Gand, 1881 ; 8°.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. THIRY.

FOREIGN
BODL:LIBR
R
PERIODICALS

—

— La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

— M. le ministre de l'intérieur fait parvenir un exemplaire de l'*Exposé de la situation du royaume, de* 1861 *à* 1875, *publié par les soins de la commission centrale de statistique*; 8e fasc., in-8°. — Remerciements.

— MM. Hambursin, Masius et Van Bambeke adressent à l'Académie l'expression de leur gratitude pour le titre de membre titulaire qu'elle leur a conféré.

— La commission directrice de l'Exposition nationale de 1880 fait parvenir la médaille commémorative de cette exposition et un diplôme constatant que la Compagnie y a pris part. — Remerciements.

— M. Liagre, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, etc., de Belgique, adresse des cartes d'invitation à la séance publique de la classe des sciences de ce corps savant, séance qui aura lieu le vendredi, 16 décembre 1881, à une heure, au Palais des Académies. — Remerciements.

— L'Institut vénitien des sciences, lettres et arts fait parvenir un supplément au programme des questions qu'il a mises au concours, supplément ayant pour objet le prix fondé par Tomasoni. — Dépôt à la salle de lecture.

— A l'appui de sa candidature au titre de correspondant, M. le dr Alison, à Baccarat, offre un exemplaire du mémoire qu'il vient de publier sous le titre : *La revaccination chez les enfants.*

— A l'occasion de la discussion ouverte à l'Académie sur la question des *prête-noms en pharmacie*, M. Anneessens, secrétaire de la Société de pharmacie d'Anvers, présente, pour la bibliothèque et les membres titulaires, des exemplaires d'un rapport qu'il a fait sur cette question à l'Association générale pharmaceutique de Belgique.

— M. le dr Borginon, à Pamel, lez-Denderleeuw, fait hommage d'un exemplaire des œuvres réunies de Lister, qu'il a traduites de l'anglais.

Dans la préface qu'il a donnée à cet ouvrage, M. Borginon constate que « le professeur Lister a bien voulu rassembler toutes les publications ci-contenues, et que, avec une admirable patience, avec un soin minutieux attesté par de nombreuses corrections, il a daigné revoir lui-même les 600 pages de cette traduction. »

MM. Vidal, à Paris; Cazenave de la Roche, à Menton, et Orsi, à Pavie, font hommage de publications dont les titres sont indiqués au § OUVRAGES PRÉSENTÉS. — Remerciements aux auteurs des publications offertes à l'Académie.

II. — MOTION D'ORDRE.

— M. Warlomont demande, par motion d'ordre, que l'Académie procède le plus tôt possible à l'élection de correspondants.

Après un échange d'observations entre M. le président, MM. Kuborn, Warlomont et Thiernesse, l'Académie décide, sur la proposition de ce dernier membre, que les sections seront invitées à se réunir le jour de la prochaine séance, à 11 heures, pour désigner respectivement le membre qui fera partie de la commission de présentation des candidats.

III. — RAPPORTS, LECTURE ET DISCUSSIONS.

1. NOTE sur quelques effets de la syphilis héréditaire; par M. THIRY, membre titulaire.

M. Thiry. — Messieurs, différentes circonstances m'ont empêché de terminer mon travail; je me vois forcé, bien à regret, d'en ajourner la lecture à la prochaine séance.

2. Les membres chargés des rapports portés à l'ordre du jour étant empêchés, ces objets sont également ajournés.

3. DISCUSSION de la communication de M. DEPAIRE, relative aux prête-noms en pharmacie.

M. Van Bastelaer. — Messieurs, je ne saurais trop m'applaudir d'avoir proposé, dans la précédente séance de mettre à l'ordre du jour la question des prête-noms en pharmacie. Car cette question, qui paraissait à plusieurs de mes collègues suffisamment élucidée et que nous-mêmes, membres des commissions médicales, pensions connaître, ayant été parfois appelés à prendre une résolution et à la trancher en pratique, cette question, quand on l'étudie à fond, prend une importance et des proportions inattendues.

Permettez-moi, messieurs, de vous faire part des ré-

flexions qui résultent de l'étude à laquelle je me suis livré.

Nous avons à examiner trois points :

D'abord les inconvénients et les dangers qui résultent des prête-noms en pharmacie, tant sous le rapport de la santé publique, qu'au point de vue de l'intérêt professionnel.

Nous avons ensuite à considérer l'état actuel de la législation belge sur les prête-noms ;

Et enfin ce que cette législation devrait être et quelles sont, par conséquent, les améliorations qu'il conviendrait d'y apporter.

Les inconvénients, les dangers même des prête-noms en pharmacie sautent aux yeux de tout le monde ; on vous en a exposé les principaux dans notre dernière réunion.

Nous devons ici faire une remarque, c'est qu'il ne faut pas confondre, lorsqu'il s'agit de pharmacie, les *prête-noms* et les *gérants*. Nous entendons par prête-nom l'homme qui donne son nom à un établissement, sans avoir à le gérer, qui en reste éloigné et qui souvent même habite une localité autre que celle où se trouve l'officine exploitée sous sa firme.

Le gérant, au contraire, est un pharmacien qui prend en son nom une pharmacie, qui habite l'établissement, le dirige lui-même et qui y exerce par conséquent tous les droits afférents à un propriétaire.

Quels sont, messieurs, les hommes qui concourent à la manœuvre des prête-noms, manœuvre que l'on ne peut trop sévèrement qualifier? Ce sont le plus souvent d'anciens pharmaciens qui ont dû abandonner leur officine pour cause d'incapacité ou d'inconduite. Ce sont quelquefois des

hommes, à la vérité honorables, qui, retirés ou pensionnés, sont assez peu scrupuleux pour trafiquer de leur nom, afin d'en retirer quelque profit, et qui toutefois n'acceptent point d'habiter l'établissement ni de s'en occuper.

C'est là, messieurs, un grave abus, car l'exercice de la pharmacie est ainsi livré aux mains du premier commis venu et devient l'objet d'un coupable trafic de la santé publique, d'une spéculation sans frein appliquée à l'art de guérir, sous le couvert d'un diplôme déshonoré, d'une spéculation malhonnête appelant à son aide la publicité audacieuse, les annonces, les produits au rabais et tout le cortège du charlatanisme.

A côté de ces spéculateurs en pharmacie, nous trouvons une autre catégorie d'officines, celles que des élèves impatients établissent ou reprennent avant d'avoir obtenu leur diplôme. Il ne s'agit pas ici de spéculateurs étrangers à la profession, mais de jeunes gens souvent peu favorisés de la fortune, qui veulent se faire vite une position ou saisir l'occasion de reprendre un bon établissement. Le mal, pour être différent, n'en est pas moins déplorable. Ces jeunes gens, livrés à eux-mêmes, gèrent leur officine comme ils peuvent, au hasard, sans connaissances pratiques et cela, au préjudice de la santé publique; ces jeunes gens achèvent ainsi leurs études, entièrement livrés à eux-mêmes. S'ils parviennent un jour à obtenir le parchemin, ils ne sont jamais que de mauvais pharmaciens, sans expérience, comme sans science, et ils resteront malheureusement tels toute leur vie.

Il est une autre pratique abusive concernant les prête-noms, que je tiens à vous signaler, parce que d'ordinaire elle est la suite d'une transgression plus flagrante de la loi,

transgression qui est le fait des autorités locales elles-mêmes.

Dans la plupart des hôpitaux établis dans des communes et même dans de petites villes, il y a une officine où se préparent non seulement les médicaments prescrits aux malades de l'établissement, mais aussi ceux prescrits pour l'extérieur. Or, qu'arrive-t-il souvent? C'est que le service de ces officines est alors livré aux mains inexpérimentées d'un infirmier ou parfois même d'une infirmière. On économise ainsi les appointements d'un gérant diplômé. Ces officines d'hôpitaux sont de véritables pharmacies clandestines, inaccessibles aux inspections des commissions médicales, ce qui en rend le danger plus grand (1). Pour leur donner une apparence de légalité, l'administration communale confère à un pharmacien de la ville le titre de pharmacien de l'hôpital et lui alloue une gratification annuelle, souvent bien minime : 200 francs, quelquefois 100 francs, ou même moins. Aussi, il n'est imposé à ce pharmacien aucune obligation sérieuse de s'occuper du service pharmaceutique de l'hôpital. Les administrations ne semblent même pas se douter, la plupart du temps, que leur pharmacien, ayant son officine en ville, ne peut donner son nom à une seconde pharmacie, et que partant la mesure prise en vue de la légalité est complètement illusoire et de nul effet.

(1) Il paraît que l'autorité va ordonner à toutes les commissions médicales d'aller régulièrement inspecter ces pharmacies sans pharmacien. Nous demandons en vertu de quelle prescription légale. Les arrêtés précisent que « les commissions médicales sont chargées de visiter les officines *des pharmaciens*. » Mais ces commissions n'ont pas le droit de s'introduire, sous prétexte de visite, ailleurs que chez des pharmaciens. Qu'arriverait-il si l'on nous fermait la porte de ces pharmacies clandestines? C'est précisément ce qui nous est arrivé dans une de ces visites que nous accomplissions en vertu d'un mandat spécial.

Je viens, messieurs, de vous exposer en quelques mots les principaux abus concernant les prête-noms. Il me reste maintenant à vous entretenir d'une autre catégorie d'hommes qu'il ne faut pas mettre sur le même rang que ceux dont je viens de parler : je veux dire des gérants.

Nous connaissons de jeunes pharmaciens, instruits, consciencieux, laborieux, qui, ne pouvant s'établir eux-mêmes, pour l'une ou l'autre cause, gèrent consciencieusement une officine appartenant à la veuve ou à la famille d'un pharmacien. Ils habitent la pharmacie, à laquelle ils donnent tous leurs soins; ils sont réellement maîtres de faire ce qu'ils jugent à propos; ils en font en un mot leur affaire et partant remplissent leurs devoirs de façon à mériter les plus grands éloges. Je connais de ces pharmacies de veuves qui ont toujours été et sont encore classées parmi les meilleures de leur arrondissement.

Outre le droit de confier une pharmacie à un gérant diplômé, la loi de germinal, en vigueur en France et même aussi dans notre pays, accorde à la veuve d'un pharmacien un privilège particulier, celui de pouvoir faire gérer provisoirement l'officine que tenait son mari, par un élève non diplômé, mais agréé par la commission médicale provinciale.

Voilà donc des prête-noms admis, des prête-noms réguliers, des gérants légitimes. Légitimes? direz-vous; est-ce que la loi tolérerait les prête-noms? Oui, messieurs, il ne me paraît pas possible d'en douter : la loi belge ne les défend pas. C'est le second point à examiner.

L'art. 18 de la loi de 1818 commine des peines contre toute personne non *qualifiée* qui *exerce* une branche de l'art de guérir.

L'art. 36 de la loi de 1857, sur la collation des grades académiques, stipule que « nul ne peut *exercer* la profession de pharmacien, s'il n'a été reçu en cette qualité. »

Enfin les art. 4 et 28 de la loi de 1876, relative au même objet, disposent de la même manière.

Si nous recherchons la signification de ces mots : « *exercer la profession de pharmacien*, » nous arrivons à cette conviction qu'ils n'impliquent pas devant la loi la *propriété* d'une officine, et que l'on peut fort bien *exercer* la profession de pharmacien dans l'officine d'un autre ou dans une pharmacie publique. La loi en effet ne formule aucune prescription sur ce point; elle laisse par conséquent à tous une pleine liberté. Nous n'y voyons nulle part l'obligation pour le pharmacien d'être propriétaire de sa pharmacie; nulle part la défense d'exercer sa profession, au moyen des instruments, des médicaments et de l'argent d'un autre; nulle part enfin la défense pour tout individu non pharmacien d'avoir la propriété d'une officine.

Aussi les commissions médicales sont-elles réellement impuissantes aujourd'hui à faire disparaître l'abus des prête-noms. Quand elles veulent réagir, elles ne peuvent le faire que par des moyens détournés, par une sévérité inaccoutumée, quoique légitime, dans les inspections qu'elles font faire des pharmacies, en constatant que le nom du pharmacien manque sur les étiquettes, que certains médicaments ne sont pas préparés sous les yeux du titulaire, puisqu'il est absent de l'officine, et que, pour la même raison, la clef de l'armoire aux poisons n'est pas tenue par lui-même et reste en possession de mains étrangères. Encore ne pouvons-nous atteindre légalement que les prête-noms; les gérants nous échappent.

En pratique, d'ailleurs, la légalité des pharmacies tenues par personnes interposées ne peut être douteuse; nous avons des catégories entières de pharmaciens honorables et justement honorés qui gèrent, à titre d'employés, des pharmacies appartenant à d'autres, sans que personne ait jamais pensé à crier à l'illégalité.

Les pharmacies de l'Etat, les pharmacies militaires, les pharmacies des asiles d'aliénés, les pharmacies des dépôts de mendicité, se trouvent dans ces conditions, de même que les pharmacies qui appartiennent aux administrations locales, ainsi que celles des hôpitaux, des hospices, des bureaux de bienfaisance, etc.

M. Crocq. — Les gérants de ces pharmacies sont des fonctionnaires.

M. Van Bastelaer. — Oui, sans doute, ce sont des fonctionnaires qui gèrent une pharmacie appartenant à autrui, qui « *exercent* la pharmacie », ce sont les termes de la loi, dans une officine qui n'est pas leur *propriété*.

Je citerai notamment l'asile d'aliénés de Froidmont (Hainaut), qui est aujourd'hui un établissement privé et qui possède une pharmacie gérée régulièrement.

Certaines grandes sociétés industrielles ont même, dans un hôpital, un pharmacien qui pourvoit au service le plus urgent de leurs ouvriers.

Au reste, voici une remarque caractéristique prouvant que l'esprit de nos lois est le même à l'égard de tous les prête-noms, à quelque profession qu'ils appartiennent. Il y a des notaires prête-noms; j'en connais un qui fut nommé par l'influence de la famille du notaire défunt, à condition de gérer l'étude comme employé soldé, au nom et au profit de la veuve, et de la céder ensuite au fils, lorsque par-

venu à sa majorité, il pourrait obtenir d'être nommé. Tout cela s'est fait sans mystère, par convention écrite, et personne n'a trouvé rien d'illégal dans cette exploitation d'une étude, qui d'ailleurs est bien régulièrement la propriété de la famille, et qu'elle peut céder ou garder selon sa volonté. Telle est la loi.

La question des prête-noms et des gérants, ne paraît donc pas visée par la loi actuelle. De même que les sociétés industrielles, d'autres peuvent légalement établir des pharmacies avec gérants. Voilà la vérité; il ne faut pas dissimuler le mal; il vaut mieux regarder l'ennemi en face et compter ses forces pour se préparer à le combattre efficacement.

La loi est muette à cet égard. Convient-il qu'elle reste muette? Ne devons-nous pas réclamer des dispositions nouvelles? C'est le troisième point qui nous reste à examiner.

Évidemment, il y a quelque chose à faire; il y a même beaucoup à faire! Tout le monde est d'accord sur ce point.

M. Depaire, dans son intéressante communication; l'*Association générale pharmaceutique*, la *Société de pharmacie d'Anvers*, l'*Union pharmaceutique de la Flandre orientale*, toutes les commissions médicales sont d'accord à cet égard; mais que de difficultés!

D'après ce que je viens de dire, on comprendra qu'à mon avis la loi ne peut supprimer, sans admettre des exceptions, toutes les catégories de prête-noms ou de gérants en pharmacie. Cette mesure radicale serait injuste parfois et, en tout cas, elle ne serait jamais admise par la législature de notre pays.

Sans doute, il faut mettre obstacle au plus vite et sans pitié aux abus des prête-noms et aux spéculations inavoua-

bles auxquelles ils donnent lieu. Il y a indubitablement un danger pour la santé publique à les laisser subsister. Le remède véritable, le remède radical serait d'imposer à tout pharmacien l'obligation d'être seul propriétaire de l'officine où il exerce son art.

Cette mesure absolue couperait court à ce commerce honteux de diplômes que font sans scrupule certains pharmaciens avides de gain et ennemis du travail. Leur conscience et le soin de leur considération ne suffisent pas pour les garantir d'une pareille spéculation. Mais, en prenant cette mesure, il faudra sauvegarder certains intérêts légitimes.

Comme conclusion, il me reste à formuler les prescriptions légales que je crois efficaces pour mettre fin aux abus dont il s'agit. Ce sont les mêmes, sauf quelques modifications, que l'*Association générale pharmaceutique* a votées après discussion. Je ne puis mieux faire que de transcrire avec quelques changements, le projet de loi que cette association a adopté, sur la proposition de M. Anneessens, secrétaire de la Société de pharmacie d'Anvers, à la suite d'un rapport très bien élaboré que ce collègue lui a présenté, et dans lequel il a fait, des abus résultant des prête-noms, le tableau le plus saisissant.

Art. 1. — Aucun pharmacien ne peut ouvrir une pharmacie ni y exercer son art, s'il n'en est réellement propriétaire, sauf dans les hôpitaux ou autres établissements de bienfaisance *qui ne vendent pas au public*.

Dans chacun de ces derniers établissements, la pharmacie sera desservie par un pharmacien-gérant qui s'en occupera uniquement.

Art. 2. — Le pharmacien, propriétaire de l'officine, doit inscrire son nom en lettres bien visibles, agréées par la

commission médicale provinciale, sur l'enseigne, les étiquettes et les factures, etc. Pour satisfaire aux garanties que la loi exige de lui, il doit rester responsable de tous les médicaments qu'il délivre, y apposer son étiquette *seule*, et avoir son domicile dans la maison où l'officine est établie.

Art. 3. — En cas de décès ou d'incapacité du pharmacien, le gouvernement, sur l'avis favorable de la commission médicale provinciale, peut autoriser la délivrance des médicaments pour un terme limité, suivant les circonstances, par un pharmacien diplômé.

Art. 4. — Aucune convention n'est valable, en droit, si elle a pour but de rendre propriétaire de l'officine, une personne autre que le pharmacien diplômé.

Art. 5. — Il est expressément défendu au pharmacien de couvrir de son nom ou de son étiquette, la délivrance des médicaments aux médecins de campagne par les droguistes.

—La législature aurait en outre à formuler des pénalités contre les délinquants.

M. Vleminckx. — On a parlé, messieurs, de l'état de la jurisprudence sur la question qui nous occupe. J'ai fait quelques recherches à ce sujet et je crois intéressant de vous en faire connaître le résultat.

En ce qui concerne une première catégorie de prête-noms, c'est-à-dire de ceux qui, n'ayant pas qualité légale, exploitent une officine au nom d'un pharmacien, il n'y a pas de doute possible : la jurisprudence est formelle. Ces prête-noms contreviennent directement à la loi et les tribunaux doivent les poursuivre pour exercice illégal de l'une des branches de l'art de guérir.

Dès 1858, le gouvernement s'était prononcé sur la question, et, des instructions qui furent adressées à cette époque aux gouverneurs des provinces, il appert qu'une pharmacie ne peut être légalement gérée par un pharmacien, qui, soit qu'il n'habite pas la localité où la pharmacie est établie, soit qu'il doive ses soins à une autre officine, se trouve dans l'impossibilité de surveiller par lui-même la préparation et le débit des médicaments. »

Les tribunaux se sont prononcés dans le même sens. Je citerai notamment un jugement du tribunal de Namur, où est examiné le point de savoir si les instructions du 31 mai 1818 ont force obligatoire.

Je ne donne, bien entendu, que la substance de ce jugement :

Un pharmacien qui ne réside pas au siége de son officine ne peut la faire desservir par une tierce personne dépourvue de tout titre scientifique. Il ne peut lui confier le soin de préparer, en dehors de sa surveillance, des ordonnances, des médecines, etc., sans contrevenir à l'art. 4 de l'instruction pour les pharmaciens, approuvée par arrêté royal du 31 mai 1818. Il ne peut davantage lui confier la clef de l'armoire où sont enfermés les poisons et les narcotiques, sans contrevenir à l'art. 6 de ladite instruction.

Cette instruction oblige le pharmacien à préparer lui-même ou à faire préparer sous sa surveillance les ordonnances des médecins, etc. Elle l'oblige, en outre, à conserver la clef de l'armoire où sont enfermés les poisons et les narcotiques.

Cette instruction a force obligatoire, et l'on ne peut se prévaloir contre elle, ni du défaut de l'intervention du Conseil d'État, ni du défaut de publication dans la

forme ordinaire des lois et arrêtés royaux à cette époque.

Elle n'est nullement abolie, quant à ce qui concerne les obligations générales ci-dessus énoncées, par la loi sur l'introduction de la pharmacopée. (Namur, 7 février 1873.)

J'arrive à une deuxième catégorie de prête-noms, composée de ceux qui prêtent leur nom et leur diplôme à un tiers non pharmacien pour l'exploitation d'une pharmacie.

Ici la question est plus complexe et plus difficile. Ce sont là surtout les personnes interposées que vise la note de M. Depaire.

La circulaire de 1858, que je viens de rappeler, dit incidemment à leur égard : « Il importe peu que la pharmacie appartienne à un associé ou à un mandant de celui qui la gère avec qualité légale ; *il ne peut en résulter aucun inconvénient pour la santé publique.* »

Il importe beaucoup, au contraire, dit M. Depaire, que la pharmacie appartienne à celui qui l'exploite.

Il est probable qu'en 1858 les abus qui se sont produits depuis n'avaient pas encore été signalés au gouvernement. Aujourd'hui que les abus sont nombreux, ainsi qu'on vient de vous le dire, il serait dangereux de laisser s'établir une jurisprudence, qui ne me paraît pas d'ailleurs conforme au vœu de la loi de 1818.

Cette jurisprudence n'est pas fixée, a-t-on dit; c'est parfaitement exact, en ce sens que les tribunaux belges n'ont eu jusqu'ici à se prononcer que sur des faits isolés et jamais catégoriquement sur la question de principe.

En France, où plus qu'en Belgique on a abusé des prête-noms, il y a au contraire des arrêts qui établissent définitivement la jurisprudence.

Un arrêt récent (17 juin 1880) de la Cour de cassation

décide que, pour que l'ouverture et l'exploitation d'une pharmacie soient régulières, il est absolument nécessaire que le diplôme et la propriété de l'officine se trouvent réunis dans la même personne.

Voici comment la Cour suprême de France a interprété la loi de germinal an XI, qui règle l'exercice de la pharmacie et qui, pas plus que la loi de 1818 en Belgique, ne renferme de disposition spéciale prohibant la gestion d'une pharmacie par un pharmacien prête-nom.

Se basant, conformément à un principe de droit incontestable, sur les lois anciennes, à défaut de ce que renferme la loi en vigueur, elle s'est reportée à une déclaration du Roi du 25 avril 1777 portant que « les maîtres apothicaires pouvaient seuls avoir laboratoire et officine ouverts, et que les titulaires de charges ne pouvaient se qualifier maîtres en pharmacie et avoir laboratoire et officine, que tant qu'ils possédaient et exerçaient personnellement leur charge. »

En combinant cette déclaration avec la loi de germinal, elle a conclu qu'il est nécessaire, pour que l'exploitation d'une pharmacie soit régulière, que la propriété de l'officine et le diplôme reposent sur la même tête. S'il en était autrement, le propriétaire de la pharmacie et le diplômé qui n'est que gérant pourraient être poursuivis devant la juridiction correctionnelle. (Dalloz, 1880.)

L'arrêt signale les inconvénients pour la santé publique auxquels cherche à parer cette jurisprudence.

« Attendu, dit l'un des considérants, qu'un gérant pourrait manquer de la liberté nécessaire pour prévenir les abus et les dangers que peut comporter l'exercice de cette profession ; tandis que les véritables possesseurs, sans titre légal, pourraient être portés par leurs intérêts à les favoriser. »

« Assurément, ajoute le commentateur de l'arrêt, le pharmacien diplômé, propriétaire de l'officine, a, comme vendeur de remèdes, en regard de la valeur des matières premières à y employer, un intérêt opposé à celui de l'acheteur; mais il y a lieu de penser que le sentiment de la responsabilité scientifique et professionnelle le retiendra sur une pente glissante et assurera certaines garanties pour que les malades ne soient pas trompés. Ces garanties sont infiniment moindres, si l'intéressé dans la vente, c'est-à-dire le propriétaire du fonds exploité, n'est pas le même que l'homme de l'art, car beaucoup plus aisément il peut n'avoir pour préoccupation que le gain à faire, gain d'autant plus grand que le prix de revient des remèdes livrés est moins élevé; et le diplômé, dont la situation, comme simple gérant, sera en général dépendante, peut être impuissant à conjurer le péril couru par la santé publique. C'est à cet inconvénient que la loi a voulu parer en exigeant que le diplômé fût lui-même le propriétaire du fonds. »

Si en Belgique, nous n'en sommes pas encore là, cela tient comme je le disais tout à l'heure, à ce que l'abus des prête-noms n'a pas encore atteint les proportions qu'il avait prises dans ces derniers temps en France, où nous avons vu des sociétés anonymes même se former pour l'exploitation de pharmacies.

Voici cependant un jugement, rendu en 1872 par le tribunal de Verviers, et qui n'est pas sans importance.

« L'autorisation, donnée par la commission médicale à une personne non diplômée d'ouvrir une officine dont la gérance devra être confiée à un pharmacien muni d'un diplôme, doit être entendue en ce sens qu'elle attribue au gérant diplômé le titre de pharmacien et la responsabilité

inhérente à l'exercice de cette profession, et qu'elle ne donne à la personne non diplômée d'autre qualité que celle d'aide ou d'apprenti du pharmacien en titre, dans le sens de l'article 17 du règlement du 31 mai 1818. »

La commission médicale dans le fait dont il s'agit avait informé le procureur du Roi de Verviers que la gérance de la pharmacie serait confiée à un pharmacien diplômé, et qu'à ce titre elle avait cru devoir donner l'autorisation d'ouvrir l'officine ; le jugement décide dans le sens que nous venons de dire, quelles que soient les conventions survenues au point de vue commercial entre parties.

Quant à la Cour de cassation, elle n'a pas eu à se prononcer sur la question.

Cependant, par un arrêt récent rendu en matière électorale, elle a décidé, conformément à un arrêt de la Cour de Gand, que celui qui, porteur d'un diplôme de pharmacien, gère la pharmacie d'un particulier au nom et pour compte de celui-ci, ne possède pas les bases d'une patente de pharmacien, et ne pourrait faire valoir que la patente de simple préposé. (Arrêt du 7 juin 1880.)

Faut-il, comme le pense l'honorable M. Bellefroid, dans cet état de notre jurisprudence, attendre que les tribunaux aient statué pour que le gouvernement intervienne ? Cela serait long peut-être et laisserait passer bien des abus nouveaux. Ne vaut-il pas mieux que le gouvernement, puisqu'il en a le pouvoir, intervienne sans attendre l'interprétation des tribunaux ? Que doit-il faire pour cela ?

Ou bien solliciter de la législature une loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie, comme on vient de vous le proposer, ou bien modifier, améliorer et compléter les instruc-

tions du 31 mai 1818, et leur donner une sanction légale, ce qu'on prétend qu'elles n'ont pas.

Dieu me garde, messieurs, d'examiner actuellement la question de la nécessité d'une loi nouvelle sur l'une des branches de l'art de guérir et sur la police médicale. Le moment serait mal choisi, et les modifications récentes introduites par le gouvernement dans les arrêtés exécutifs de la loi, en ce qui concerne les attributions des commissions médicales provinciales, ne nous autorisent-elles pas à dire qu'il n'entre nullement dans sa pensée de toucher à la loi de 1818?

En est-il besoin d'ailleurs pour donner satisfaction aux légitimes réclamations du corps pharmaceutique? Je ne le pense pas; je partage à cet égard l'opinion de M. Depaire.

Je suis d'avis que le gouvernement, ayant en mains cette vieille loi de 1818 qui, si démodée, si réduite qu'elle soit, peut encore rendre bien des services, est suffisamment armé pour réprimer et empêcher bien des abus et notamment ceux qui vous sont signalés.

La loi de 1818 (art. 17) dit qu'aucun médicament composé ne pourra être vendu ni offert en vente que par des personnes *autorisées* par la loi et conformément à des instructions spéciales.

Cela ne veut-il pas dire que le gouvernement a le droit de réglementer comme il l'entend cette vente et cette offre en vente, à la condition que ces actes soient effectués par des personnes autorisées par la loi ?

La loi ne demande qu'une chose, c'est que les médicaments composés soient vendus et offerts en vente par des pharmaciens ou autres personnes autorisées; mais elle laisse au gouvernement toute latitude pour déterminer comment

et dans quelles conditions ces personnes autorisées pourront vendre et offrir en vente; s'ils devront vendre à leur propre bénéfice ou s'ils pourront vendre au bénéfice d'autrui ; par qui les médicaments composés devront être préparés, etc., etc.

Les articles 18 et 19, d'autre part, comminent des peines contre les personnes non qualifiées qui exercent quelque branche que ce soit de l'art de guérir, ainsi que contre ceux qui exercent une branche de l'art de guérir pour laquelle ils ne sont pas autorisés aux termes de la loi ou qui *l'exercent d'une manière qui n'est pas conforme à leur autorisation.*

En faut-il davantage?

Que si l'on trouvait la sanction insuffisante, ne pourrait-on, sans rien changer à la loi de 1818, faire rentrer dans la loi sur l'introduction de la pharmacopée, qui ne tardera pas à paraître, telles mesures qui seraient jugées utiles.

Qu'on fasse pour l'exercice de la pharmacie ce qu'on a fait récemment pour les attributions des commissions médicales : qu'on améliore et complète les instructions annexes de la loi de 1818 dans le sens des réclamations des commissions médicales, et pas ne sera besoin d'attendre les décisions de la justice répressive pour arriver au but poursuivi par l'honorable M. Depaire.

Jusqu'où et dans quelles conditions faudra-t-il modifier ces instructions?

Ici, je trouve que la proposition de M. Depaire est peut-être trop radicale, plus radicale vraisemblablement qu'il ne l'a voulu lui-même.

Il ne faut pas de demi-mesures, a-t-il dit; il ne faut, a-t-il ajouté, si j'ai bien saisi tout le sens de sa note dont je ne me rappelle pas les termes, accorder l'autorisation

d'ouvrir une pharmacie qu'à tout pharmacien qui serait propriétaire de son fonds.

Il est cependant des exceptions, dont on doit tenir compte: les prête-noms gérant les pharmacies de veuves ou d'orphelins de pharmaciens, par exemple, dont vous a parlé M. Willième dans la dernière séance, et qui forment une catégorie de prête-noms *nécessaires* ou pour mieux dire, comme M. Van Bastelaer, *légitimes*.

Il y a là des intérêts respectables au premier chef à sauvegarder. J'admets que ce ne doit être que dans certaines proportions et pour un temps limité, mais encore faut-il y avoir égard.

Édicter que l'exercice de la pharmacie ne sera permis qu'à celui qui est le propriétaire du fonds, ne serait-ce pas d'autre part fermer les pharmacies de tous les établissements hospitaliers et charitables?

Une mesure absolument radicale ne me paraît donc pas admissible.

Mais, pour ce qui regarde le prête-nom *véritable*, c'est-à-dire celui qui est aux gages d'un propriétaire d'officine, je suis tout à fait d'accord avec M. Depaire. Celui-là n'a pas d'indépendance, il est à la merci de l'esprit de lucre et de la cupidité du mandant, ce qui rend ou illusoires, ou tout à fait insuffisantes les garanties prescrites par la loi dans l'intérêt de la sécurité publique.

En deux mots, messieurs, celui qui prête son nom à pareille exploitation prête surtout son diplôme. Or, un diplôme ne peut se déléguer, se louer; un diplôme est une chose personnelle qui doit être utilisée personnellement et non par personne interposée.

Je m'arrête, messieurs, je ne m'étendrai pas davantage

sur un point que vient de développer si complètement M. Van Bastelaer. Je n'ai eu en vue d'ailleurs que de vous faire connaître l'état actuel de notre jurisprudence, tant en Belgique qu'en France.

Il ne me reste plus qu'à conclure, et je le fais en vous proposant de voter les résolutions suivantes :

Demander à M. le Ministre de l'Intérieur en lui adressant l'intéressante note de M. Depaire :

1° Qu'il lui plaise de faire reviser, en tenant compte des observations contenues dans cette note, les instructions annexées à la loi du 12 mars 1818, en ce qui concerne l'exercice de la pharmacie;

2° Qu'il soit donné, s'il y a lieu, dans la loi qui devra être prochainement présentée à l'occasion de l'introduction de la Pharmacopée, une sanction à celles des mesures à proposer qui ne tomberaient pas sous l'application de la loi de 1818.

M. Gille. — Messieurs, à la dernière séance, j'ai appuyé les conclusions du travail de M. Depaire, en vous annonçant que deux nouvelles pharmacies, à prête-noms, venaient d'être ouvertes dans l'agglomération bruxelloise; aujourd'hui, je viens donner un nouvel appui à ces conclusions, en vous annonçant que dans quelques jours nous allons avoir, à Bruxelles, des pharmacies coopératives, à l'imitation des boucheries et des boulangeries coopératives. En effet, le *Moniteur* du 24 novembre dernier donne, dans une annexe, les statuts d'une société qui s'intitule : *Société coopérative des pharmacies populaires*. L'article premier des statuts de cette Société porte : « Il est formé à Bruxelles une société coopérative ayant pour but l'exploitation de pharmacies. »

C'est évidemment à l'aide de pharmaciens prête-noms que cette exploitation va se faire.

J'ajouterai, pour bien vous éclairer sur la question, que revoyant mes notes d'inspection des pharmacies du Brabant, j'y ai constaté l'indication, dans l'agglomération bruxelloise, de trois officines tenues par trois pharmaciens prête-noms, qui habitent : l'un à Aerschot, le deuxième à Walhain-St-Paul, le troisième à Ath.

Je pourrais en citer bien d'autres, et le rapport de M. Anneessens, qu'on nous a distribué, nous en révèle du reste une collection.

En France, et surtout à Paris, on a pris à ce sujet des mesures sévères pour prévenir l'exploitation de pharmacies par des spéculateurs, et il y a lieu de croire que le Gouvernement belge, éclairé par l'Académie, avisera aussi au moyen de prémunir les populations contre les dangers inhérents à ces sortes d'exploitations.

En ce qui concerne la jurisprudence, l'article premier des instructions du 31 mai 1818, non abrogées, disposent que « Nul ne pourra *s'établir* comme apothicaire à moins d'avoir satisfait aux lois générales et aux règlements en vigueur. » Cette disposition précise la volonté du législateur exprimée par l'article 17 de la loi, qui interdit aux personnes non qualifiées de *vendre ou d'offrir en vente* des médicaments composés, et dont l'article 18 leur interdit *d'exercer* la pharmacie.

M. Van Bastelaer. — Des observations de M. Gille, je tire cette conséquence, que j'ai eu raison d'affirmer que la loi actuelle et les commissions médicales sont impuissantes contre les prête-noms. A Bruxelles, où il est chargé d'inspecter les pharmacies, l'honorable préopinant vient de vous

signaler l'existence de plusieurs prête-noms et, par suite, d'officines qui se trouvent dans une situation réellement anormale, sans qu'on puisse arriver à faire cesser cet abus.

Je pourrais en citer aussi dans le Hainaut; il est donc nécessaire que la loi soit modifiée.

M. Willième. — Je viens appuyer les observations des honorables MM. Vleminckx et Van Bastelaer. Les prête-noms véritables, c'est-à-dire, ceux qui n'habitent pas l'officine pour laquelle ils se sont fait inscrire et dont ils ont accepté la responsabilité, peuvent cependant être atteints par la loi et les règlements de 1818.

Le règlement du 31 mai 1818, pris en exécution de la loi du 12 mars précédent, porte, à l'article 4 de l'*Instruction pour les apothicaires*, que ceux-ci prépareront eux-mêmes ou feront préparer sous leur surveillance et responsabilité, les ordonnances des docteurs en médecine, les prescriptions chirurgicales, etc., etc. C'est sur cet article que les tribunaux s'appuient pour prononcer la condamnation des prête-noms.

J'ai cité dans la dernière séance un jugement rendu par le tribunal de première instance de Mons, il y a deux ans. Je fus appelé, à cette occasion, comme témoin. Le Président me posa la question de savoir si un pharmacien était obligé d'habiter la maison où se trouve son officine?

Ma réponse fut qu'aucun article de loi ne lui en fait explicitement l'obligation, mais que l'article 4 de l'*Instruction pour les apothicaires*, lui enjoignant de préparer lui-même ou de faire préparer sous sa direction les ordonnances des médecins, impliquait cette obligation; en effet, il serait absolument impossible qu'il exerçât sa surveillance et son contrôle, s'il n'était pas présent.

Le délinquant fut condamné à une forte amende, et la personne sans titre qui tenait la pharmacie fut également condammée, en vertu de l'article 18 de la loi du 12 mars 1818.

Il n'est donc pas nécessaire de recourir à une nouvelle législation pour atteindre les prête-noms.

En est-il de même pour les pharmaciens que l'honorable M. Van Bastelaer a très justement rangés dans une seconde catégorie, sous le nom de gérants. Ceux-ci habitant la maison dans laquelle est établie l'officine et exerçant par eux-mêmes tous les actes de la pratique du pharmacien : préparation des médicaments officinaux, exécution des ordonnances, etc., ne peuvent, à mon avis, être atteints par les dispositions légales actuelles. C'est pour ceux-ci que les nouvelles mesures mentionnées tout à l'heure par l'honorable M. Vleminckx devraient être décrétées; car, il faut bien le reconnaître, les prête-noms et la plupart des gérants sont une vraie plaie pour la pharmacie. Les officines placées sous la direction des gérants eux-mêmes sont souvent mal tenues, et il ne peut en être autrement : n'ayant pas d'intérêt direct dans la prospérité des établissements à la tête desquels ils se trouvent, ils n'en ont jamais le même soin que s'ils leur appartenaient.

Mais, doit-on s'efforcer de supprimer tous les gérants? Non. Les gérants sont parfois indispensables pour garantir des intérêts de premier ordre, dans le cas de décès d'un pharmacien laissant une veuve ou des orphelins. Il faut absolument pour ce cas une exception à la règle, exception dont les limites doivent être bien déterminées.

M. Vleminckx. — Un mot seulement au sujet du fait signalé par M. Gille, relativement à la création à

Bruxelles d'une société pour l'administration et l'exploitation d'une pharmacie.

Je me demande si pareille société peut avoir une existence légale en Belgique. Nous avons une loi (du 18 mai 1873) qui n'admet l'existence de sociétés de l'espèce que pour l'exercice d'un commerce.

Or, il n'est pas prouvé que l'exercice de la pharmacie puisse être considéré comme un commerce. Certains auteurs l'admettent, je le sais : « Les pharmaciens sont commerçants, disent MM. Briand et Chaudé (Médecine légale), puisque leur profession a pour objet la vente des médicaments composés par eux avec des matières premières qu'ils achètent, et que cette vente a lieu en vue de réaliser un bénéfice; ils peuvent par conséquent être mis en faillite. Mais la jurisprudence n'est pas constante, et il existe des arrêts en sens contraire. Voici au surplus comment s'exprime sur ce sujet un des jurisconsultes les plus compétents sur la matière, M. Namur :

« Les pharmaciens font-ils acte de commerce en achetant les drogues et autres objets nécessaires à l'exercice de leur profession? La jurisprudence n'est pas encore fixée sur cette question. En faveur de l'affirmative, on peut invoquer le texte de l'art. 2 de la loi du 15 décembre 1872, titre Ier, nouveau code de commerce, et dire que les pharmaciens achètent pour revendre. L'opinion contraire nous paraît préférable, parce que l'achat est un moyen indispensable pour l'exercice de la profession, plutôt que le résultat d'une spéculation mercantile. D'ailleurs l'état de pharmacien, à la différence du négoce, n'est pas libre pour tous. On ne peut l'exercer qu'après des examens prescrits par la loi et ces examens exigent de longues études. Les connais-

sances attestées par le diplôme et les préparations pharmaceutiques forment incontestablement la chose principale. » (*Pandectes belges ; verbo : Acte de commerce, n° 200 et suivants.*)

M. Van Bastelaer. — En théorie, il est possible que certains auteurs ne considèrent pas le pharmacien comme un négociant ; mais d'après la jurisprudence, admise généralement, les pharmaciens sont si bien des commerçants, que plusieurs ont été déclarés récemment en faillite même à Bruxelles.

M. Depaire. — M. Van Bastelaer vous a fait l'apologie de jeunes pharmaciens instruits, consciencieux, qui gèrent certaines pharmacies ; mais l'honorable membre a oublié de nous dire si cela constitue la règle ou si c'est l'exception ; il a oublié de nous dire, en outre, si ces prête-noms qui ne sont, en somme, que des serviteurs à gage que le propriétaire de l'officine peut révoquer quand bon lui semble, se trouvent jouir de toute liberté pour la gestion de l'officine ; s'ils peuvent, quand ils le jugent convenable, sacrifier les médicaments mauvais, altérés ou falsifiés.

Je crois que, si M. Van Bastelaer avait envisagé la question à ce point de vue, il aurait motivé quelque peu le tableau qu'il a fait de cette catégorie de prête-noms.

Au surplus, je crois que nous sommes d'accord pour dire que cette catégorie de prête-noms constitue l'exception et qu'il ne faut pas faire de législation pour des cas exceptionnels ; qu'il faut considérer le fait principal en lui-même.

Aucun des orateurs que nous avons entendus n'a pris la défense de la majorité des prête-noms en pharmacie.

M. Van Bastelaer dit que la loi de 1818 est muette à cet égard et qu'il faut par conséquent en faire une autre.

Je vous ai fait une déclaration analogue dans la séance précédente; mais j'ai ajouté que, si la loi de 1818 ne parle pas du tout des prête-noms, il y a dans cette loi un article 18 qui défend à toute personne non qualifiée d'exercer la profession pharmaceutique. Faisant application de cette disposition, j'ai dit que, d'après moi, celui qui exerce une profession est celui qui en a le bénéfice; que, par conséquent, le tiers, qui n'est pas pharmacien, qui fait exploiter sa pharmacie par un prête-nom, exerce lui-même la profession de pharmacien; je vous ai dit que si vous admettiez qu'il n'en est pas ainsi, vous deviez admettre également que le pharmacien légalement diplômé, qui fait desservir son officine par des aides, n'exerce pas la pharmacie, mais que ce sont ces aides qui l'exercent, ce qui serait absurde.

M. Van Bastelaer ne croit pas que l'on puisse, à l'aide de la loi de 1818, abolir l'abus des prête-noms; il propose une loi nouvelle composée d'un nombre d'articles plus ou moins considérable. Je ne puis me rallier à cette proposition, et voici pourquoi. M. Van Bastelaer est comme moi un ancien pharmacien; il doit se rappeler que, depuis que nous nous occupons de pharmacie, nous réclamons des modifications à la loi; il sait aussi que jusqu'à présent nous n'avons rien obtenu. Il est certain que le gouvernement n'est nullement disposé à proposer à la législature une loi nouvelle sur l'exercice de l'art de guérir; cela est positif, le gouvernement ne changera pas la loi de 1818.

Tâchons donc de tirer de cette loi ce qu'elle renferme de meilleur.

On a dit, messieurs, que la proposition que j'ai eu l'honneur de vous faire, est trop radicale, qu'elle atteint notamment les pharmacies des veuves et celles des hôpitaux.

Eh bien, en ce qui concerne les pharmacies des veuves ou d'orphelins, je ne voudrais pas de prête-noms; qu'on leur applique tout bonnement les dispositions de la loi de germinal an XI; cette loi dit qu'en cas de décès d'un pharmacien, sur la demande de la famille, la pharmacie pourra être gérée par un élève agréé par la commission médicale. Je considère cette disposition comme excellente, et voici pourquoi : une pharmacie de veuve a un gérant pharmacien; la commission médicale le sait; que ce gérant soit bon ou mauvais il est diplômé, et dès lors la commission n'a rien à y voir.

Les commissions médicales se trouvent ainsi déchargées d'une très grande partie de la responsabilité qui pèse sur elles. Si, au contraire, dans une pharmacie, il n'y a qu'un élève ou un candidat en pharmacie, préalablement agréé par la commission médicale, la responsabilité retombera sur cette commission; elle aura l'œil constamment ouvert sur l'officine, et alors on ne verra pas, comme dans certaines provinces, des pharmacies de veuves être gérées pendant vingt ans par des personnes étrangères à la propriété de l'établissement.

Voilà pourquoi, même pour les pharmacies de veuves ou d'orphelins, je voudrais qu'on appliquât la loi de germinal qui permet qu'un élève en pharmacie, agréé par la commission médicale, desserve l'officine pendant un temps déterminé.

M. Martin. — Pendant un an.

M. Depaire. — Oui, pendant un an.

Maintenant, est-ce que les hôpitaux exercent et exploitent la pharmacie? Non. Sans doute, il y a des exceptions; il y a des cas où les hôpitaux vendent au public; mais tout

le monde sait que c'est un abus, et qu'on a fait l'impossible pour le détruire radicalement. Un établissement hospitalier, à mon avis, ne peut exploiter une officine; il peut avoir une pharmacie à l'usage des malheureux qu'il couvre de sa protection; mais il ne peut l'exploiter comme source de bénéfices. Il a y donc une très grande différence entre les pharmacies des hôpitaux et les pharmacies ordinaires. Dans les pharmacies ordinaires, l'exploitation est commerciale : on vend, on achète, on tâche de faire des bénéfices; dans les pharmacies d'établissements hospitaliers, le budget se solde annuellement par une perte considérable du chef des médicaments.

Lorsque j'étais membre de la commission médicale du Brabant, il m'arriva de faire dans la pharmacie d'un hôpital de Bruxelles des observations, à propos de la qualité des médicaments. L'administration des hospices eut connaissance de ce fait et elle ouvrit une enquête formidable dont je fus effrayé moi-même; tous les pharmaciens des établissements hospitaliers de la ville étaient en suspicion.

L'enquête se termina par une circulaire de l'administration à tous ces pharmaciens, leur interdisant de débiter aucun médicament altéré; leur déclarant qu'elle entendait que les médicaments débités aux nécessiteux de Bruxelles fussent de toute première qualité. Voilà une administration qui a bien compris ses devoirs.

M. Vleminckx a émis des idées excessivement pratiques et que j'admets complètement. La loi de 1818 a été fort décriée; elle est, comme on l'a dit, démodée; eh bien, au risque de passer pour un arriéré, je me déclare partisan de cette loi et je n'en demande pas d'autre. Quand on la compare à tous les projets qui ont été soumis à la législature—et

vous savez s'ils sont nombreux, vous en avez discuté plusieurs — on trouve la loi de 1818 excessivement large, à tel point que le législateur lui-même a reconnu la nécessité d'instructions complémentaires de cette loi.

Je crois donc, avec M. Vleminckx, qu'en revisant ces instructions, en les mettant en concordance avec les nécessités actuelles, nous parviendrons à avoir une législation médicale convenable.

En résumé, messieurs, j'ai proposé de fixer la jurisprudence sur la portée de l'article 18 de la loi du 12 mars 1818; je ne demande pas de loi nouvelle; je demande tout au plus qu'on introduise dans la législation une disposition explicative de cet article 18. Je n'entends point m'immiscer, à cet égard, dans les attributions du gouvernement.

Je crois, en conséquence, que la proposition que j'ai formulée en termes généraux, est au fond conforme à celle qui vous a été faite par M. Vleminckx; rendez, si vous voulez, la conclusion plus explicite en indiquant au gouvernement l'un ou l'autre des moyens signalés par cet honorable collègue et par moi; peu importe, le résultat sera le même.

Je me rallie donc volontiers à la proposition de M. Vleminckx.

M. Van Bastelaer. — M. Depaire semble croire que je ne suis pas de son avis; c'est une erreur; nous sommes tout à fait d'accord, et ce qui le prouve, c'est que nos conclusions tendent parfaitement au même but.

Selon M. Depaire j'aurais oublié de dire à l'Académie si les gérants consciencieux auxquels j'ai fait allusion pouvaient faire ce qu'ils voulaient dans la pharmacie.

C'est évident; je n'aurais pas parlé de gérants conscien-

cieux, s'il ne s'était pas agi de pharmaciens, gérant complètement les officines qui leur sont confiées, et « où ils sont réellement maîtres », ai-je dit, pouvant enfin acheter de bons médicaments et jeter les mauvais.

Quant à nos conclusions, elles tendent simplement à donner aux personnes chargées de la répression des abus le droit légal d'agir efficacement.

Est-il possible d'atteindre ce but par l'interprétation de la loi de 1818, ou est-il nécessaire d'y ajouter un ou plusieurs articles? Le gouvernement en jugera. Le moyen le plus simple d'aboutir sera le meilleur.

Quoi qu'il en soit, il importe que la question soit tranchée dans l'un ou l'autre sens, afin de couper court aux abus.

M. le Président. — Plus personne ne demandant la parole, je déclare la discussion close.

M. Depaire a formulé ses conclusions de la manière suivante : « l'exercice de la pharmacie par personne interpo-
» sée doit être interdit. Il n'est pas nécessaire pour cela de
» changer la loi qui nous régit : il suffit de fixer la juris-
» prudence sur la portée de l'article 18 de la loi du 12 mars
» 1818, dans le sens que j'ai indiqué. »

M. Vleminckx s'est rallié à ces conclusions, tout en demandant, cependant, que M. le Ministre de l'intérieur soit prié de revoir les instructions du 31 mai 1818, en ce qui concerne la réglementation de l'exercice de la pharmacie.

— Les conclusions de M. Depaire et la proposition de M. Vleminckx, sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

4. DISCUSSION de la question de l'action physiologique et thérapeutique du phosphore.

M. Du Moulin. — En demandant la parole, au début de la séance, mon intention, messieurs, n'était pas d'engager une discussion sur le phosphore; j'avais simplement pour but de vous faire connaître les principales données d'un travail qui a été exécuté sous ma direction par M. le dr Lesseliers, chef de clinique attaché à mon service d'hôpital. M. le Président jugeant que mes développements seraient plus utilement donnés dans la discussion portée à l'ordre du jour sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphore, je me suis rallié à cet avis. Je vais donc maintenant vous faire un exposé analytique de la publication que j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, au nom de M. Lesseliers.

Ce travail a pour objet une observation d'empoisonnement par le phosphore, recueillie avec beaucoup de soin, observation qui, tout en confirmant la plupart des points connus jusqu'à présent, en signale et élucide d'autres qui n'avaient pas encore été indiqués.

Il montre d'abord que la symptomatologie de l'empoisonnement par le phosphore est aujourd'hui assez avancée pour permettre d'en établir le diagnostic, en l'absence des pièces de conviction, sans l'aveu et même malgré les dénégations les plus énergiques du malade.

Je n'entrerai pas dans des détails à ce sujet; le mémoire dont il s'agit en contient tous les développements nécessaires.

Ce que le travail de M. Lesseliers présente ensuite d'instructif, c'est qu'il fait connaître toute la série des symp-

tômes dans leur évolution successive sous l'influence d'une dose relativement modérée de phosphore, car la personne en question n'avait avalé que le phosphore de 10 à 12 allumettes, ce qui n'est certes pas une grande quantité.

Grâce à cette circonstance, nous avons pu voir l'empoisonnement se développer avec une régularité parfaite, comme lorsqu'on procède expérimentalement sur un animal; nous avons vu l'envahissement successif de tous les organes : estomac, foie, cœur, muscles, cavité buccale, reins, etc.; il y avait ictère avec douleur et augmentation de volume du foie, grande faiblesse musculaire résultant de la dégénérescence graisseuse des muscles et faiblesse excessive du jeu du cœur, à un point où je ne l'avais jamais constatée.

L'état et la composition des sécrétions avaient attiré fortement notre attention.

L'ictère existait dès le troisième ou le quatrième jour et était signalé même par la teinte de l'urine; cet ictère était biléphéïque et non hémaphéïque, comme le prétend Gubler; l'acide nitrique nous l'a prouvé à l'évidence. Nous avons reconnu encore d'autres modifications intéressantes dans l'urine : elle était albumineuse et alcaline. L'albuminurie phosphorique était connue, mais elle n'était pas généralement admise, non plus que la réaction alcaline. Nous confirmons donc ces faits.

Nous avons constaté en même temps une diminution considérable de l'urée; de 15 à 25 sur $^{00}/_{00}$, proportion normale, elle était tombée à 3,3/1000 et même à 3,5/1000, et cette diminution correspondait à l'abaissement à 1006 de la densité constatée au densimètre urique, autre fait qui était contesté, et dont nous avons fait la démonstration.

Les urines ne contenaient presque plus de sels terreux; mais les phosphates alcalins s'y trouvaient en proportion normale.

Les selles étaient décolorées, ictériques et mêlées à un peu de sang; les règles avaient pris les proportions d'une métrorrhagie.

La perturbation de la réaction des urines appela notre attention sur la sueur; nous la trouvâmes alcaline.

Plus tard nous examinâmes encore d'autres sécrétions. Il survint précisément un vomissement; j'en soumis les matières à l'analyse, au point de vue de la réaction. Chose extraordinairement étonnante, ces matières étaient légèrement alcalines. Les glandes gastriques ne produisaient donc plus leur suc normal.

Par contre, la salive était fortement acide, et elle l'est restée longtemps; mais la sécrétion lacrymale avait conservé sa réaction alcaline.

Le foie, qui avait considérablement augmenté de volume au début, diminua insensiblement, et cela au point que, à mesure que la douleur disparaissait, au moment où la malade nous a quitté, non guérie (elle est sortie volontairement), cet organe avait bien une étendue de 1 centimètre à 1 1/2 centimètre de moins qu'à l'état physiologique. Cette diminution du volume du foie était due probablement au développement de la cirrhose; nous aurions voulu continuer à suivre cette affection dans sa marche progressive, car tous les symptômes de la cirrhose n'existaient pas encore à ce moment.

J'avais demandé à la malade de venir nous revoir. Plusieurs mois se sont écoulés depuis, et nous l'attendons encore; de sorte que nous sommes sans nouvelles de cette

fille. Je m'attends cependant à la revoir; elle reparaîtra probablement à la clinique, comme la personne que j'ai sauvée jadis d'une intoxication aiguë, et qui, six ans après, est morte de cirrhose, caractérisée par tous les symptômes de cette maladie confirmée. Je m'attends au même résultat dans le cas actuel.

Il me reste, messieurs, à dire un mot de la thérapeutique qui a été suivie dans ce cas.

Malgré les dénégations de la malade, du moment que j'eus établi mon diagnostic sur une base suffisamment solide — le tableau symptomatique était frappant — je lui ai fait prendre de l'essence de térébenthine de France en électuaire; malheureusement, elle ne put supporter ce médicament : des vomissements, qui aggravaient l'épistaxis dont elle était atteinte, nous forcèrent d'y renoncer.

Cependant, quand elle fut en aveu, le troisième jour après son entrée, j'ai agi de nouveau énergiquement sur son moral, et je lui ait dit qu'elle devait prendre la térébenthine, que sa vie en dépendait. Elle en a pris de nouveau, mais les vomissements ont reparu; il a fallu y renoncer.

Je lui avais prescrit en même temps un gargarisme au chlorate de potasse contre la stomatite dont elle souffrait; par inadvertance, elle l'avala et prit ainsi tous les jours 4 grammes de chlorate de potasse, erreur qui ne fut constatée que le troisième jour suivant, soit le cinquième ou sixième du début de l'empoisonnement. Comme une certaine amélioration s'était produite, et que, d'autre part, la malade ne prenait plus de térébenthine, je fis continuer le chlorate de potasse à l'intérieur. Je me rappelais d'ailleurs que Husemann l'avait recommandé dans l'intoxication par le phosphore, chose d'ailleurs très rationnelle, vu les pro-

priétés oxydantes des chlorates et l'affinité reconnue du phosphore pour ces sels.

Je fis donc continuer ce traitement à la malade pendant plusieurs semaines, avec l'intention de le remplacer plus tard par le quinquina et le fer.

Après un traitement long et rempli de péripéties, elle est sortie de l'hôpital, faible et présentant un souffle au premier bruit du cœur, mais assez bien rétablie pour partir.

Doit-elle au chlorate de potasse ou à sa constitution assez forte sa guérison relativement satisfaisante? Je ne puis l'affirmer avec certitude; mais cette thérapeutique mérite de fixer l'attention, et, dans des cas semblables, il serait prudent, me semble-t-il, d'employer le chlorate de potasse en même temps que la térébenthine. M. Lesseliers continue ses recherches dans cette direction; une première série d'expériences sur des lapins paraît démontrer l'efficacité des chlorates.

Permettez-moi messieurs, d'ajouter, que l'observation que je viens d'analyser constitue le septième cas de suicide, de tentative de suicide ou d'accident par le phosphore, que je rencontre. Ces cas se rapportent à quatre femmes, deux hommes et un enfant de trois ans. Des quatre femmes, deux reçurent des soins, dès la première heure après l'accident; elles furent traitées par l'hydrate de magnésie et par des vomitifs; elles guérirent. Les deux autres ne reçurent des soins qu'à partir de la manifestation des vomissements secondaires et de l'hépatite commençante; l'une mourut, vers la septième semaine, des suites de stéatose; l'autre, qui fait l'objet de l'observation que je viens de rapporter sortit non guérie; mais sa position s'était améliorée. La première fut

traitée par la térébenthine et les toniques, la seconde par les mêmes agents et par le chlorate de potasse.

Les deux hommes succombèrent : le premier, aux suites d'une gastrite chronique suivie de cirrhose du foie confirmée; le second mourut, dès le septième jour, à la suite de stéatose aiguë accompagnée d'hémorrhagie, de trismus, etc., auxquels succédèrent le coma et l'insensibilité. Le premier reçut des soins dès la quatrième heure et fut traité au début par l'hydrate de magnésie et un vomitif; puis, l'hépatite s'étant développée, par les sangsues et le calomel. Le second ne fut traité qu'à partir du troisième jour; il présentait déjà l'ictère et les symptômes de la gastrite et de l'hépatite phosphoriques; il fut traité par la térébenthine; il en prit 8 grammes le premier jour, et une dose moindre les jours suivants. On lui fit aussi une application de sangsues sur la région du foie et on lui administra du calomel à doses fractionnées. Les sangsues donnèrent lieu à l'écoulement très abondant d'un sang noir diffluent, incoagulable, qu'aucun hémostatique, pas même le crayon de nitrate d'argent, ne parvint à enrayer; il fallut recourir au fer rouge. La térébenthine, continuée en lavement, après qu'elle fut refusée par la bouche, ne produisit aucun effet apparent.

L'enfant avait léché le phosphore de deux ou trois allumettes; je ne le vis que trois jours après; il était plongé dans le coma; un lavement d'essence de térébenthine lui fut inutilement administré; il succomba dans la journée.

— M. Degive, inscrit pour prendre part à la discussion sur l'action du phosphore, demande, vu l'heure avancée, à ne parler que dans la prochaine séance.

IV. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret ouvert à 2 heures, M. le président annonce que la prochaine séance ordinaire aura lieu le samedi 24 du présent mois, et que les 3e et 6e sections seront invitées à arrêter respectivement ce jour-là une question de concours.

L'Académie s'occupe ensuite d'objets d'ordre intérieur.

— La séance est levée à 2 heures et demie.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ALISON (A.). Sur la revaccination chez les enfants. Paris, 1881; 8°.

ANNEESSENS (C.). Les prête-noms.— Rapport présenté à l'Association générale pharmaceutique de Belgique. Anvers, 1881; 8°.

CAZENAVE DE LA ROCHE. Une lacune dans l'enseignement de nos études médicales. Nice, 1881; 8°.

FERMINE. Rapport sur les travaux de la Société médicale de l'Université catholique de Louvain, pendant l'année 1880-1881, présenté, au nom de la commission directrice, dans la séance du 26 octobre 1881. Louvain, 1881; in-12.

LESSELIERS (L.). Cas d'empoisonnement par le phosphore, observé à la clinique de M. le professeur N. Du Moulin. Gand, 1881 ; 8°.

LISTER (J.). OEuvres réunies. — Chirurgie antiseptique et théorie des germes. — Traduction du dr Borginon. Bruxelles, 1882; vol. 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1875, publié par les soins de la commission centrale de statistique. — 8e fascicule. — Bruxelles, 1881 ; vol. 8°.

ORSI (F.). Caso di tumore tubercolare della midolla allungata. Milano, 1881; 8°.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE DE PARIS. — Étuves à désinfection par l'air chaud. — 1° Note sur l'étuve à désinfection de l'hôpital Saint-Louis; par M. le dr Vidal; 2° Rapport sur les appareils à désinfection par l'air chaud, au nom d'une commission composée de MM. Marié-Davy, président, O. André, Hudelo, Napias, Rochard, Vallin, Vidal et Herscher, rapporteur; 3° Discussions. Paris, 1881; 8°.

VIDAL (E.). Scrofule et tuberculose. Paris, 1881; 8°.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1881.

—

PRÉSIDENCE DE M. KUBORN, SECOND VICE-PRÉSIDENT.



—

La séance est ouverte à midi.

— Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté, avec une rectification de M. Willième au cinquième paragraphe de la page 134. Au lieu de : « M. Willième est d'avis que *la loi doit interdire* les prête-noms qui sont dans ces conditions, » il faut : « M. Willième est d'avis que *la loi interdit* les prête-noms, etc. »

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

M. le Ministre de l'Intérieur fait parvenir :

1° Une expédition de l'arrêté royal du 22 décembre 1881 qui agrée l'élection, comme membres titulaires, de MM. Masius, à Liége; Van Bambeke, à Gand, et Hambursin, à Namur;

2° Une dépêche en date du 17 décembre 1881, adressée au bureau et à laquelle est annexé le document reproduit ci-après.

Cette dépêche est ainsi conçue :

« Messieurs, dans ses séances des 26 novembre et 10 décembre 1881, l'Académie royale de médecine s'est occupée de la question des prête-noms en pharmacie.

» L'auteur de la motion faite à ce sujet, après avoir développé son opinion, a rappelé à l'Académie que la commission médicale du Brabant avait fait des instances auprès de mon Département pour obtenir qu'il fût remédié aux abus signalés, et il a donné à entendre que ces instances étaient restées sans suite jusqu'à présent.

» Je crois utile de vous prier, messieurs, de vouloir bien mettre sous les yeux de l'Académie et d'insérer à son Bulletin la dépêche ci-jointe que j'ai eu l'honneur d'adresser à la commission médicale du Brabant, sous la date du 5 novembre 1878, en réponse à une communication qui m'avait été faite par ce collége.

» Cette dépêche renferme l'énoncé formel de l'opinion du gouvernement sur la question soulevée.

» Cette opinion est encore la même aujourd'hui ; elle repose sur la loi et sur la jurisprudence ; mais j'ajoute que je suis tout disposé à me rallier à certaines mesures qui ont été préconisées dans ces derniers temps en vue de mieux assurer les intérêts de sécurité publique dont il s'agit ici, et que je m'occuperai de ce point en même temps que de l'approbation de la nouvelle pharmacopée officielle, travail qui est encore dans les mains de la commission spéciale de la revision de la pharmacopée.

» Je ferai remarquer aussi que l'article 20 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, réorganisant les commissions médicales, exige qu'un rapport spécial soit adressé directement au Ministre de l'Intérieur, chaque fois que des irrégularités graves sont constatées dans une pharmacie.

» Agréez, etc.

» *Le Ministre de l'Intérieur*,

» *(Signé)* G. Rolin-Jaequemyns. »

Voici le document annexé à cette dépêche :

« Bruxelles, le 5 novembre 1878.

» A la Commission médicale du Brabant.

» Monsieur le Président,

» La lettre de rappel que votre collége m'a adressée, sous la date du 8 octobre dernier, au sujet de la question dite des *prête-noms* pour la gérance des pharmacies, m'a fourni l'occasion de me livrer à un premier examen de cette question intéressante, soulevée, sous le ministère de mon honorable prédécesseur, par votre rapport de l'année dernière.

» Je reconnais avec vous, M. le Président, que la législation sur les diverses branches de l'art de guérir présente des vices et des lacunes auxquels il serait de la plus haute utilité de remédier ; mon intention est d'étudier, le plus tôt possible, les projets de réorganisation qui, a diverses reprises, ont été mis en avant dans ce but ; mais pour ce qui regarde spécialement la répression des abus dont nous nous occupons en ce moment, je suis d'avis que les commissions médicales sont aujourd'hui très abondamment munies des armes nécessaires pour sauvegarder les intérêts de la santé publique.

» De quoi s'agit-il ? Il importe de bien poser la question, car, jusqu'à présent, elle me paraît avoir été assez mal définie et comprise.

» Un pharmacien diplômé ne possède pas de ressources pour établir une officine, et il s'adresse à un bailleur de fonds. Il devient exploitant avec le capital d'autrui. Sa situation est-elle irrégulière, présente-t-elle le moindre dan-

ger pour la sécurité publique? Évidemment non; elle échappe même à toute investigation quelconque de l'autorité.

» Mais ce pharmacien diplômé, dénué de ressources, ne se borne pas à emprunter des fonds à un tiers; il associe celui-ci à son exploitation; il est gérant de nom, il couvre l'officine de son diplôme et de son titre. C'est le tiers capitaliste, qui est le seul propriétaire de la pharmacie, qui en perçoit les revenus.

» Le premier donne son nom et son titre; il est ce que l'on est convenu d'appeler le *prête-nom*, et le second, qui n'a ni le titre, ni le nom de pharmacien, donne l'argent, et il est *le propriétaire* de la pharmacie. Cette situation est-elle irrégulière, illégale? C'est ici, M. le Président, que la question doit se poser et, pour bien la résoudre, il suffit, me paraît-il, de faire une simple distinction : qui tient la pharmacie, quel est celui des deux qui reçoit la prescription du médecin, qui prépare, conserve et débite les médicaments?

» Est-ce le *propriétaire non pharmacien* gérant de fait l'officine, mettant à profit ses quelques notions insuffisantes de l'art pharmaceutique, avec le concours d'un assistant sans capacité scientifique, tandis que le pharmacien *prête-nom* vit loin de son associé? Ou bien est-ce le prête-nom qui, pour prix de la rémunération qu'on lui donne, fait personnellement le service de la pharmacie?

» Dans le premier cas, il y a évidemment infraction à la loi; l'abus est intolérable, l'illégalité flagrante, puisque la pharmacie est livrée aux mains d'un incapable.

» Mais dans le second cas, en quoi la situation serait-elle répréhensible?

» La sécurité publique est satisfaite, si la personne qui donne ses soins à la pharmacie est légalement pourvue du titre de pharmacien et si cette personne se tient constamment à la disposition des autorités compétentes, pour soumettre à leur contrôle les médicaments qu'elle conserve.

» Tout est là, me paraît-il, M. le Président. Comme le disait fort justement l'un de mes prédécesseurs, M. Rogier, dans une circulaire datée du 14 novembre 1858, ce que la loi interdit c'est l'exploitation d'une pharmacie *par des personnes non autorisées* avec le concours d'un pharmacien prête-nom..... Il importe peu que la pharmacie appartienne à un associé ou à un mandant, si celui qui la gère a qualité légale. La question de propriété est ici du domaine exclusif du droit commercial, et il n'est pas possible de songer à faire introduire dans nos lois une disposition qui déclarerait qu'aucun pharmacien ne peut ouvrir ni exploiter une pharmacie s'il n'en est réellement propriétaire.

» Je n'entrerai pas dans l'examen des faits regrettables sur lesquels la commission médicale s'appuie pour réclamer des modifications à la législation existante. Je suis persuadé qu'au fond ils se réduisent à ce fait-ci, le seul qui soit suceptible d'ailleurs d'être réprimé, à savoir le fonctionnement d'une pharmacie en dehors de l'intervention d'un pharmacien en titre domicilié et résidant dans l'établissement. Or, comme j'ai eu l'honneur de vous le faire remarquer au début de cette dépêche, ce fait est prévu par la loi, et les commissions médicales, qui sont chargées de la surveillance de la pratique des arts médicaux, peuvent facilement le constater et en provoquer la répression.

» Pour exercer la profession de pharmacien, il faut jus-

tifier du diplôme et du stage officinal prescrits (loi du 20 mai 1876), et, avant de s'établir, soumettre ses titres à la vérification et au visa de la commission médicale (loi du 12 mars 1818 et arrêté royal du 31 mai suivant). L'article 17 de la loi de 1818 porte que les médicaments de pharmacie ne peuvent être vendus que par ceux qui y sont autorisés, et les deux articles suivants comminent des peines contre ceux qui contreviennent à cette défense. Les apothicaires, dit l'article 4 des instructions du 31 mai 1818, prépareront eux-mêmes ou feront préparer, sous leur surveillance et responsabilité, les ordonnances de médecins, etc. En tout temps, dit l'article 6 de la loi du 9 juillet 1858, les pharmaciens sont tenus de rendre leurs officines et leurs dépôts accessibles aux personnes déléguées pour les visiter, obligation qui implique évidemment leur présence habituelle dans la pharmacie.

» Il y a, M. le Président, dans le rapport de M. *Anneessens*, que votre collége me communique à l'appui de ses réclamations, plusieurs cas signalés comme constituant de graves abus dans la province de Brabant. Pour donner une première conclusion pratique aux observations qui précèdent, il me serait agréable de savoir si la commission entend qu'ils soient signalés au parquet et si, à sa connaissance, d'autres faits ne devraient pas lui être dénoncés également.

» *Le Ministre de l'Intérieur*,

» *(Signé)* G. Rolin-Jaequemyns. »

— Après cette lecture, **M. Depaire** obtient la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, la dépêche ministérielle dont vous venez d'en-

tendre la lecture, paraît être la réponse à une appréciation que j'ai émise dans le travail qui vous a été soumis, appréciation que j'ai formulée à peu près dans les termes suivants : le département de l'intérieur n'ayant pas montré beaucoup d'empressement à satisfaire à la réclamation de la commission médicale, il y eut lieu de lui adresser une lettre de rappel.

En m'exprimant de la sorte, j'avais cru être excessivement modéré; en effet, c'est en 1877 que la commission médicale du Brabant a pris l'initiative de l'examen de la question des prête-noms; une lettre a été adressée à M. le Ministre de l'intérieur, lui signalant les inconvénients qui résultent de l'existence de prête-noms et appelant son attention sur les mesures à prendre pour obvier à ces inconvénients.

En 1878, un an après, n'ayant pas encore reçu de réponse, la commission médicale crut devoir alors rappeler sa première lettre à M. le Ministre de l'intérieur.

Dans sa session de novembre 1878, la commission médicale reçut la dépêche dont vous venez d'entendre la lecture; répondant à cette dépêche, elle a rencontré tous les points signalés par M. le Ministre, dans les termes que je vous ai fait connaître; car, auteur de la proposition faite au sein de la commission médicale et des deux lettres adressées à M. le Ministre de l'intérieur, ainsi que du dernier rapport à ce haut fonctionnaire, c'est en réunissant ces divers documents, que j'ai pu vous communiquer mon travail sur les prête-noms en pharmacie.

M. le Ministre de l'intérieur n'ayant pas répondu aux nouvelles observations de la commission médicale du Brabant, je croyais que peut-être son Département avait changé

d'avis. Or, la dépêche nous apprend que sa manière de voir est restée la même.

Eh bien, messieurs, s'il en est réellement ainsi, je plains le département de l'intérieur, et voici pourquoi. Le corps pharmaceutique belge tout entier demande la suppression des prête-noms; les commissions médicales et l'Académie de médecine réclament également, et malgré cela, le département de l'intérieur dit : non, je ne puis adopter cette manière de voir. Pourquoi? C'est tout au long dans la dépêche : nous sommes d'accord, dit-on, avec les lois et la jurisprudence.

Mais, puisqu'on vous signale des abus, compromettant la sécurité publique, changez les lois et fixez la jurisprudence; nous n'en demandons pas davantage.

Je m'étonne donc de la persistance que met le département de l'intérieur à soutenir sa thèse; en présence des abus signalés par des hommes qui ont vu les choses de près, il continue à dire : *non possumus*.

Un membre. — Et il s'agit pourtant de faits qui ont été déférés aux tribunaux.

M. Depaire. — Et les tribunaux acquittent parfois; le mal est donc grand.

Un membre. — Des condamnations ont été prononcées dans certains cas.

M. Depaire. — Evidemment; mais, quoi qu'il en soit, le mal existe; depuis 1878, on n'a rien fait pour faire disparaître l'abus des prête-noms, et ceux-ci se sont développés dans une proportion considérable; leur nombre va toujours *crescendo*.

La dépêche nous annonce toutefois que le département de l'intérieur est tout disposé à prendre des mesures dans

la limite du possible pour réprimer les abus, et elle rappelle notamment les propositions qui ont été faites antérieurement. Prenons acte de cette marque de bonne volonté, et espérons que, reprenant l'étude de la question, M. le Ministre modifiera sa manière de voir, et qu'il ne s'arrêtera pas à des demi-mesures. Il n'y a qu'une seule mesure à prendre, c'est celle que j'ai indiquée dans mon travail : il faut abolir les prête-noms et défendre l'exploitation de la pharmacie par personnes interposées.

— Continuant le dépouillement de la correspondance, M. le secrétaire donne lecture de la lettre suivante, qu'il a reçue de M. le dr Jules Guérin, membre honoraire de l'Académie, à Paris :

« J'ai l'honneur de vous adresser, avec prière de les offrir à l'Académie, deux numéros du Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, renfermant deux discours que j'ai prononcés dans les séances des 11 octobre et 22 novembre, relatifs à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine. Ces deux argumentations renferment plusieurs points nouveaux qui pourront intéresser ceux des membres de la Compagnie qui se sont occupés de la question de l'inoculation préventive des maladies virulentes et contagieuses.

» Parmi ces points, je demande à l'Académie la permission de lui signaler en particulier ce que j'ai dit des effets consécutifs de l'inoculation comme cause propagatrice de la maladie par voie de contagion ; ce qui m'a conduit à dire qu'au lieu d'être une méthode *préventive*, l'inoculation devient une méthode *extensive*. J'appelle particulièrement l'attention de l'honorable inventeur de la méthode sur cette considération.

» On pourra remarquer que, dans la discussion intervenue entre M. Bouley et moi, j'ai provoqué, à deux reprises et sans obtenir de réponse, mon savant contradicteur sur ce point. J'espère être plus heureux auprès de l'honorable M. Willems.

» Veuillez agréer, etc. »

— **M. Willems.** — Je demande la permission de répondre quelques mots à l'invitation gracieuse et inattendue de M. Guérin.

Je suis heureux que l'honorable et savant académicien ait bien voulu employer les ressources de son intelligence à l'étude de l'inoculation préventive de la péripneumonie, et je constate avec bonheur que les deux principaux orateurs qui ont traité cette question devant l'Académie de médecine de Paris, MM. Guérin et Bouley, sont entièrement d'accord pour reconnaître à cette pratique une vertu préventive évidente.

Dans la lettre que vient de nous communiquer notre honorable secrétaire et dans ses discours à l'Académie de médecine de Paris, M. Guérin objecte que l'*animal inoculé peut transmettre la maladie à ses voisins* et créer ainsi des foyers de contagion.

Cette objection n'est pas sérieuse; elle est contredite par l'observation et l'expérimentation. Je me suis occupé depuis longtemps de cette objection, et elle a aussi fixé l'attention de la commission scientifique néerlandaise qui l'a refutée dans son dernier rapport officiel de 1855.

Tous les observateurs sont du reste d'accord à cet égard; je citerai notamment M. Gamgee, professeur au collége vétérinaire de Londres, qui pendant dix-sept années a dirigé ses investigations sur ce point.

A l'effet de m'éclairer davantage à ce sujet, je me suis adressé à des vétérinaires hollandais, et particulièrement à M. Van Driel, vétérinaire de district, et à M. Huffnagel, chargé du service des inoculations dans la province de la Sud-Hollande, et qui pendant 26 années a inoculé 100,000 bêtes bovines. Ces messieurs m'ont écrit que ni eux, ni aucun autre confrère néerlandais, à leur connaissance, n'ont observé un seul fait de transmission de la maladie par des bêtes inoculées.

Avant de terminer, je tiens à citer encore une preuve, basée sur l'expérimentation, et que l'honorable M. Guérin ne récusera pas, c'est que des animaux non inoculés, ayant habité parmi les inoculés récemment pendant six à huit semaines, sont susceptibles d'éprouver les effets de l'inoculation directe. Ils n'avaient par conséquent pas été contaminés par la cohabitation.

Voilà des faits de la pratique constatés par l'observation et l'expérimentation que je me borne, pour le moment, à opposer aux assertions de l'honorable M. J. Guérin.

Cette question d'ailleurs sera, à ma demande, l'objet de l'une des expériences qu'il s'agit d'instituer à l'École vétérinaire de Cureghem, sous le contrôle officiel d'une commission spéciale.

Je me réserve d'ailleurs de la traiter avec plus de détails, dans une lettre que j'adresserai prochainement à l'Académie de médecine de Paris, et que j'aurai l'honneur de communiquer à la Compagnie dans une prochaine séance.

(M. Lefebvre, premier vice-président, remplace M. Kuborn au fauteuil.)

— M. le secrétaire reprend l'exposé de la correspondance :

— Par lettre du 23 décembre courant, M. le dr Félix adresse des observations au sujet du rapport qui a été fait sur son mémoire relatif à l'action physiologique et thérapeutique du phosphore, ainsi que de la discussion dont ce rapport a été l'objet.

Il y a lieu, dit M. le secrétaire, de renvoyer ces observations à la commission qui a été chargée de l'examen du mémoire de M. le dr Félix ou à une autre commission.

M. Kuborn. — En présence de la situation dans laquelle M. le dr Félix a mis la commission, dont j'ai été l'organe, je pense qu'il serait convenable de renvoyer ses observations à une commission nouvelle.

M. Masoin. — Comme membre de la commission qui a examiné le mémoire de M. Félix, je me rallie à la proposition de M. Kuborn.

M. Warlomont. — Je demande que les observations de M. Félix soient renvoyées au Bureau, qui proposera à l'Académie telle mesure qui lui semblera convenable.

M. le Président. — Le Bureau est d'avis que l'Académie doit trancher elle-même la question. Je propose de renvoyer cet objet à la commission qui a examiné le mémoire de M. Félix.

— Cette proposition est adoptée.

— MM. Ch. Firket, à Liége; Thévenot, à Paris; R. Bremridge, à Londres; Ch. Delstanche, à Bruxelles, et Schiffers, à Liége, offrent à l'Académie des publications dont les titres sont indiqués au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— M. le dr Feigneaux a adressé pour les membres de l'Académie 50 exemplaires du numéro 22 du journal *L'Art*

médical, dont il est rédacteur. — La distribution en a été faite.

— Le comité directeur de la caisse de pensions du corps médical belge, offre 25 exemplaires du compte rendu de l'exercice 1880-81, qui a été présenté à l'assemblée générale des intéressés dans la séance du 28 septembre dernier.

— L'assemblée vote des remerciements aux auteurs des publications dont il lui est fait hommage.

— En terminant le dépouillement de la correspondance, M. le Secrétaire annonce, avec un profond regret qui sera bien certainement partagé par toute l'assemblée, que M. le président se trouve empêché par une indisposition, ne présentant toutefois aucun caractère de gravité, de présider aujourd'hui la séance de l'Académie et de faire, comme il en avait l'intention, une allocution dans laquelle, a-t-il dit dans sa lettre d'information, il aurait eu l'occasion de rappeler la devise qu'il a formulée en prenant possession du fauteuil de la présidence : *Tout par la science et pour la science*. Et c'est en s'inspirant de cette devise, a-t-il ajouté, qu'il aurait été heureux de pouvoir procéder à l'installation de son savant collègue, M. Michaux, appelé à lui succéder.

— M. le secrétaire éprouve également le vif regret de faire savoir que son honorable collègue, M. Janssens, se trouve aussi empêché d'assister à la séance par une indisposition assez grave, dont il y a lieu toutefois d'espérer qu'il sera bientôt rétabli, la convalescence s'étant déclarée et suivant son cours régulier.

— L'assemblée s'associe, par l'organe du président, aux regrets qui viennent d'être exprimés.

II. — MOTION D'ORDRE.

M. Depaire. — Messieurs, l'approvisionnement en viande des grands centres de population se fait ordinairement de deux manières différentes : par les animaux abattus dans les abattoirs communaux, et par les animaux abattus en dehors du territoire des lieux de consommation.

La viande provenant de cette dernière source, est habituellement désignée sous le nom de viande foraine, et elle entre pour une forte proportion dans l'alimentation publique. A Bruxelles, il s'en consomme annuellement plus d'un million de kilogr.

On a toujours pensé qu'il est indispensable, dans l'intérêt de la salubrité publique, de soumettre à une surveillance rigoureuse les viandes destinées à l'alimentation, et comme conséquence on a organisé des services d'inspection dans les villes de quelque importance.

Les animaux entrant dans les abattoirs sont soumis à un examen qui permet de reconnaître s'ils sont sains, d'abord à leur aspect pendant la vie, ensuite d'après l'état de leurs viscères après la mort.

Ces moyens puissants d'investigation échappent à l'observation lorsque l'animal dépecé est présenté à l'inspection.

Dans ces dernières années, des travaux scientifiques ont été publiés dans le but de démontrer que la viande, provenant d'animaux malades ou même morts à la suite d'affections réputées contagieuses, peut impunément servir à l'alimentation de l'homme.

On a soutenu aussi que l'inspection des viandes ayant la même origine suspecte ne permettait pas de les distinguer de celles des animaux parfaitement sains, et, comme

conséquence, on a soutenu que l'inspection des viandes est inutile, qu'elle apporte une entrave à la liberté commerciale, et qu'elle a pour unique résultat de déterminer l'augmentation sensible et tout à fait inutile du prix d'un aliment de première nécessité.

Il en résulte que les administrations communales sont singulièrement embarrassées, lorsqu'il s'agit de formuler de nouveaux règlements ou de reviser les anciens : elles se demandent si l'inspection des viandes est bien nécessaire; s'il ne serait pas préférable de laisser à l'acheteur le soin de s'assurer par lui-même de la qualité de la marchandise qu'il veut acquérir.

Dans ces circonstances, j'ai pensé que l'Académie de médecine rendrait un grand service au pays en ouvrant une discussion sur les points suivants :

1° La viande provenant d'animaux malades peut-elle être livrée à l'alimentation publique?

2° Est-il possible, après l'abatage et lorsque les animaux ont été dépecés de distinguer la chair du bétail malade de la chair du bétail sain?

3° Dans l'affirmative, les moyens d'investigation sont-ils d'ordre scientifique ou d'ordre essentiellement pratique? En d'autres termes, convient-il de préposer à la surveillance de la vente de la viande, des vétérinaires ou de simples bouchers ou charcutiers?

Si l'Académie estime que ces questions présentent un intérêt public assez considérable pour mériter qu'on les discute, j'aurai l'honneur de lui proposer de les soumettre soit à l'avis des sections d'hygiène et de médecine vétérinaire, soit à celui d'une commission spéciale à nommer par le Bureau, avec prière d'un prompt rapport.

M. Wehenkel. — Messieurs, je viens appuyer la motion de M. Depaire. S'il est vrai de dire que la simple inspection ne nous permet pas, dans tous les cas, de distinguer une viande saine d'une viande malsaine, il y a cependant beaucoup d'altérations suffisamment bien connues pour nous permettre d'écarter de la consommation certaines viandes nuisibles à la santé de l'homme. Ne connaissons-nous pas suffisamment les lésions des affections charbonneuses et septicémiques, entre autres, pour pouvoir éviter le danger qu'il y aurait à laisser livrer à la boucherie la viande provenant d'animaux atteints de l'une de ces maladies? Les affections charbonneuses surtout, qui ont, dans ces derniers temps, fait l'objet de si belles recherches, ne méritent-elles pas d'attirer l'attention au point de vue de la santé de l'homme et même de celle des animaux domestiques?

Et n'y a-t-il pas à côté de ces maladies un certain nombre d'affections dues à des parasites susceptibles d'être transmis à l'homme par l'intermédiaire de la viande? Qu'il me suffise de signaler, notamment la ladrerie du porc qui donne le ver solitaire.

Si nous parvenons à éloigner de la consommation, sinon tous, au moins un certain nombre d'animaux dont la viande serait malsaine, nous aurons déjà obtenu un grand résultat.

Mais l'inspection des viandes ne doit pas être abandonnée à des profanes; elle ne doit être confiée qu'à des personnes qui ont fait une étude spéciale des maladies et de leurs lésions, et qui savent reconnaître les parasites transmissibles à l'homme, ainsi que les transformations qu'ils subissent et les différences de forme qu'ils peuvent présenter, suivant les conditions dans lesquelles ils se développent. J'appuie donc la motion de M. Depaire.

— L'Académie renvoie les questions formulées par M. Depaire à une commission, que le bureau compose de MM. Barella, Degive, Depaire, Desguin et Wehenkel.

III. — RAPPORTS, LECTURE ET DISCUSSIONS.

1. RAPPORT de la commission chargée de l'examen du mémoire de M. le dr JANSEN, intitulé : Étude d'anthropométrie au point de vue de l'aptitude au service militaire. — M. HAIRION, rapporteur.

Messieurs, vous nous avez désignés, M. Crocq et moi, pour examiner, afin de rapport, le mémoire relatif à l'anthropométrie qui vous a été adressé par M. le dr Jansen, médecin de régiment au 9e de ligne. C'est à moi qu'est échu l'honneur de vous rendre compte de ce travail.

I. Exposé du sujet. — L'auteur « s'est imposé, dit-il, la lourde tâche de relever soigneusement la taille, l'amplitude de la poitrine et le poids du corps de tous les miliciens de son régiment, au moment de leur incorporation et à la fin de la deuxième et de la quatrième année de service. Il a tenu compte de la province habitée antérieurement par ces militaires et de leur profession. » Il a noté pendant leur séjour au régiment leur état de santé, leur manière de vivre, les fonctions qu'ils y ont remplies. Il a donné enfin, avec le plus grand soin, dans une série de tableaux statistiques très bien conçus, le résumé de ses observations.

Dans la seconde partie, l'auteur fait connaître quelle a été l'influence exercée, par le temps passé au service, sur la taille, le périmètre thoracique, le poids du corps, l'ampliation de la poitrine et la santé générale des miliciens.

Ces longues et patientes recherches ont été poursuivies avec une rare tenacité pendant six années (1874-1880), et le chiffre des hommes examinés s'élève à 2,000 environ.

II. Analyse. — *Première partie.* — Après quelques généralités sur l'importance qu'il y a de n'admettre dans les rangs de l'armée que des hommes capables d'en supporter les fatigues, et sur l'impossibilité de juger, dans certains cas, de la force de la constitution, par la seule inspection du corps, M. le dr Jansen émet l'avis que le médecin trouvera dans l'anthropométrie médicale des données sûres, des règles fixes pour le guider dans l'opération du recrutement. « Il me semble dès aujourd'hui parfaitement établi, dit-il, qu'en tenant compte de la taille, du poids, de l'ampliation de la poitrine et du rapport de ces valeurs entre elles, on peut d'une façon certaine établir si une recrue présente l'aptitude physique voulue pour résister aux fatigues du service militaire. »

Après ces préliminaires, sur lesquels nous nous proposons de revenir plus loin, l'auteur entre dans le cœur de la question.

Nous ne pourrions rapporter les détails des longues et laborieuses recherches auxquelles l'auteur s'est livré ; nous devons nous borner à vous en signaler les points les plus saillants et à vous faire connaître, telles qu'il les a formulées, les propositions qui terminent son travail et en résument le côté pratique.

Taille. — Le rapport de la taille avec la force et la résistance de l'organisme aux fatigues du service militaire n'a pas toujours été également apprécié.

Les anciens donnaient généralement la préférence aux

tailles élevées, et celles-ci étaient encore en grande faveur au siècle dernier dans l'armée prussienne.

Une observation plus rigoureuse, appuyée sur des données scientifiques, a démontré qu'une taille élevée chez les recrues, à cet âge où l'organisme n'a pas atteint son complet développement, est plutôt une cause de faiblesse que de force et de santé.

L'auteur a observé que les recrues de haute stature ont généralement les membres grêles, la poitrine étroite et sont prédisposées à la tuberculose pulmonaire. — Le dr Meynne avait signalé, depuis longtemps déjà, le chiffre élevé des tuberculeux au régiment des grenadiers. D'autre part, il est vrai de dire qu'en dessous de certaines limites, l'homme n'offre généralement pas le degré de résistance voulue pour le métier des armes; de là la nécessité reconnue de fixer un minimum de taille comme condition d'admission au service militaire. L'auteur nous fait connaître le minimum fixé dans quelques armées, ainsi que les limites exigées pour les différentes armes. Il passe ensuite rapidement en revue les causes qui exercent une influence sur la hauteur de la taille et termine ce premier chapitre par cette déclaration : *que la taille ne prend de signification que si l'on tient compte en même temps des autres attributs de la force physique.*

Périmètre thoracique. — Le dr Hildesheim, le premier, en 1854, signale l'importance de tenir compte de la circonférence de la poitrine dans la visite de l'homme de guerre; plus tard le dr Loeffler considère le périmètre de la poitrine comme l'indice du degré de force de l'individu; cette opinion est partagée par les professeurs Arnould, Hirtz, Woilez, Gintrac, etc., etc.

Le médecin major Fröhlich de l'armée saxonne fixe à

75 centimètres le minimum d'amplitude de la poitrine compatible avec l'état militaire. D'autre part, le médecin principal Morache reconnaît que le périmètre de la poitrine ne donne pas la mesure de la capacité respiratoire, et le dr Told démontre, au moyen du spiromètre, que le volume des poumons n'est pas toujours en rapport avec les dimensions du thorax. Chez un individu ayant un périmètre thoracique de 83 centimètres, le volume des poumons était de 5.560 centimètres, tandis que chez un autre ayant un périmètre de 87 cent., le volume des poumons n'était que de 5,000 centimètres. Enfin, les docteurs Lindholm, premier médecin en chef de l'armée suédoise, et Arbo, médecin dans l'armée norwégienne, estiment que l'on ne peut absolument pas faire du périmètre thoracique une condition *sine quâ non* de l'admission au service.

Telle est aussi l'opinion de l'auteur, qui a constaté que des hommes à poitrine très développée n'ont pu résister aux fatigues du service; tandis que d'autres, à poitrine relativement étroite, purent sans danger se soumettre à toutes les exigences de l'état militaire, et se fortifièrent même notablement pendant leur séjour sous les drapeaux.

On paraît être arrivé à de meilleurs résultats, en tenant compte du périmètre de la poitrine et de la hauteur de la taille, ainsi que du rapport existant entre ces deux valeurs.

Un grand nombre de médecins des plus autorisés, en France, en Allemagne, en Russie et dans les États-Unis, prétendent que chez les hommes bien constitués, le périmètre thoracique excède toujours la demi-taille de 20, 30 à 40 millimètres. Cependant, Parkès, l'éminent hygiéniste anglais, admet qu'un homme peut être robuste quoique son périmètre thoracique soit au-dessous de la demi-taille, et

d'après M. Jansen, le rapport entre ces deux valeurs ne donne aucune indication précise sur la force de l'individu. « Il suffit, dit-il, pour s'en convaincre de jeter un coup-d'œil sur le tableau n° 9. Les miliciens y sont classés par province, et tandis que ceux du Luxembourg et de la province de Namur, manifestement les plus forts, présentent un périmètre thoracique dépassant de 4 centimètres la demi-taille, le même rapport est constaté pour les Limbourgeois, les plus faibles du contingent. » Quoi qu'il en soit, dans plusieurs armées en France, en Suisse, en Autriche, en Angleterre, etc., on exige aujourd'hui comme condition d'admission au service un minimum de périmètre thoracique correspondant à un minimum de taille.

Les tableaux 1 et 2 indiquent quel a été le périmètre thoracique de 1,994 miliciens, au moment de leur incorporation, ainsi que le rapport entre cette valeur et la demi-taille.

Poids. — Après avoir signalé les opinions de Quetelet et de Vincent sur l'importance du poids du corps dans l'appréciation de la force organique, l'auteur pose cette question : Quel est chez l'individu bien constitué le rapport qui doit exister entre le poids du corps et la taille?

Il fait connaître d'abord, à ce sujet, les résultats des recherches faites par Quetelet et par les d[rs] Morache, Vallin, Seeland, et expose ensuite, dans une série de tableaux détaillés et d'un grand intérêt (n[os] 3 à 11) les résultats de ses propres recherches, non seulement sur le rapport qui existe entre le poids et la taille, mais encore entre le poids et le périmètre thoracique.

Voici les principales conclusions qu'on peut en tirer :

« 1° Pour les individus bien constitués, le poids du corps augmente avec la taille dans une proportion constante;

» 2° Toute recrue de 1m55 qui ne pèse pas au moins 50 kil., n'est pas suffisamment forte pour le service militaire;

» 3° Le rapport entre le périmètre thoracique et le poids du corps est très variable; l'auteur dit avoir souvent constaté des périmètres étroits chez des individus dont le poids était relativement élevé, et des circonférences de poitrine très grandes chez des recrues pesant très peu. »

Ampliation de la poitrine. —Il n'est pas possible, dit l'auteur, de se servir du spiromètre dans la visite des hommes; on peut d'ailleurs se contenter du degré d'ampliation de la poitrine pour juger si une recrue est apte au service.

La différence du périmètre de la poitrine, pris entre deux respirations et à la fin d'une profonde inspiration, indique le degré d'ampliation.

La moyenne de l'ampliation de la poitrine prise sur 491 miliciens d'après ce procédé, a été de 47 millimètres; les hommes dont l'ampliation étaient en dessous de 30 millimètres, étaient manifestement impropres au service.

Dix tableaux (nos 12 à 21) indiquent les rapports de l'ampliation de la poitrine avec la taille, le périmètre thoracique et le poids du corps. Des données qui en ressortent l'auteur conclut :

« 1° Que l'ampliation de la poitrine augmente avec la taille;

» 2° Que l'ampliation de la poitrine et le poids du corps augmentent ou diminuent ensemble dans des proportions constantes;

» 3° Qu'il n'existe pas de rapport constant entre l'ampliation de la poitrine et le périmètre thoracique. »

ANALYSE. — *Deuxième partie.* — Dans la deuxième partie

de son mémoire, M. le dr Jansen s'occupe d'abord de la mortalité de l'armée en temps de paix; il fait connaître ensuite les changements survenus dans la santé générale, dans la taille, le périmètre thoracique, le poids du corps et l'ampliation de la poitrine des miliciens, pendant leur séjour sous les armes.

Il constate que la mortalité dans l'armée est de beaucoup supérieure à celle qui affecte dans la vie civile les jeunes gens de l'âge ordinaire de nos soldats, et il s'en étonne, car, dit-il, les soldats vivent au milieu de conditions hygiéniques en apparence extrêmement favorables.

Nous ne saurions partager ni l'étonnement de l'auteur sur la grande mortalité dans l'armée, ni son optimisme sur les qualités du milieu hygiénique dans lequel celle-ci se trouve. Nous reviendrons plus loin sur cet important sujet. L'opinion de notre honorable confrère, concernant l'influence de l'état militaire sur la santé générale du soldat, se résume en ces paroles de Didiot qu'il a prises pour épigraphe de ce chapitre : « L'homme fort revient dans ses foyers plus vigoureux et plus propre au travail; l'homme faible succombe ou rentre valétudinaire, épuisé, à charge à sa famille ou à sa commune. »

Quant aux changements qui s'opèrent dans la taille, la circonférence thoracique, le poids corps et l'ampliation de la poitrine, nous les trouverons résumés ci-dessous. Cinq tableaux détaillés viennent à l'appui de ces données.

De l'examen attentif des nombreux tableaux qu'il a dressés et des notes prises pour chaque homme visité au moment de son incorporation, pendant son séjour sous les drapeaux et à sa sortie du service, l'auteur se croit autorisé à formuler les propositions suivantes :

« 1. Le poids du corps et le degré d'ampliation de la poitrine donnent des indications précises sur l'état de résistance vitale des individus et leur aptitude au service militaire.

» 2. Le périmètre pris entre deux respirations ne donne pas une indication de réelle valeur.

» 3. La mensuration de la poitrine doit se faire à la hauteur du mamelon.

» 4. Après avoir noté ainsi l'amplitude thoracique pendant le repos qui suit une respiration, on maintient le ruban métrique autour de la poitrine et l'on fait pratiquer une profonde inspiration : la différence constatée dans la circonférence de la poitrine avant l'inspiration et après, indique le degré d'ampliation.

» 5. Les miliciens que j'ai visités au moment de leur incorporation présentaient les moyennes suivantes :

» Pour les hommes aptes ou service : poids du corps, 57 kilogr.; poids par centimètre de taille, 342 gr.; périmètre thoracique, 85 cent.; degré d'ampliation de la poitrine, 47 millim. — Pour les hommes impropres au service : poids du corps, 49 kilogr.; poids par centimètre de taille, 299 gr.; périmètre thoracique, 80 cent.; degré d'ampliation de la poitrine, 22 millimètres.

» 6. Dans bien des cas, des hommes, dont le périmètre thoracique est inférieur à la demi-taille, sont parfaitement aptes au service et fréquemment des individus à large poitrine ne peuvent résister aux fatigues de l'état militaire.

» 7. Il existe un rapport constant entre le poids du corps, l'ampliation de la poitrine et la taille, mais non entre ces valeurs et le périmètre thoracique.

» 8. Les provinces de Luxembourg et de Namur ont

fourni les hommes les plus forts; le Limbourg, les plus faibles. Les provinces intermédiaires sont : la Flandre occidentale, le Brabant, Anvers, Liége, le Hainaut, la Flandre orientale.

» 9. Quant à l'influence des professions, les matelots, bateliers, forgerons, charpentiers, cultivateurs étaient les plus robustes; les ouvriers de fabriques et les houilleurs, les plus débiles.

» 10. On peut admettre $1^{m}55$ comme minimum de taille.

» 11. Toutes les recrues de bonne constitution pesaient au moins 322 gr. par centimètre de taille; le degré d'ampliation de leur poitrine était d'au moins 3 cent.; le périmètre thoracique n'atteignait pas toujours la demi-taille; mais il n'était jamais inférieur à 77 centimètres.

» 12. Les hommes reconnus aptes au service à leur arrivée au corps, et dont la conduite sous les drapeaux n'a rien laissé à désirer, se sont tous fortifiés pendant leur séjour dans l'armée.

» 13. Les miliciens de chétive complexion n'ont pu résister aux fatigues militaires.

» 14. En moyenne, la taille s'est accrue de 10 millim. en deux ans et de 17 millim. en quatre ans; la circonférence de la poitrine a augmenté de 24 millim. au bout des deux premières années, et de 9 millim. pendant les deux années suivantes; le poids du corps a gagné 2 kilogr. 7 hectogr. pendant les deux premières années, puis est resté stationnaire. »

III. Réflexions. — Nous nous proposons d'examiner ici, d'une manière générale et au point de vue scientifique, les diverses questions qui se rattachent à l'examen des hommes

de guerre par l'*appréciation d'ensemble* et par la *mensuration*. Nous dirons ensuite quelles sont, d'après nous, les *véritables causes* de la mortalité exceptionnelle dans les armées en temps de paix.

C'est une vérité reconnue de tous aujourd'hui que le service militaire, en temps de paix, augmente la mortalité et diminue la moyenne de la vie ; que cette mortalité est supérieure dans l'armée, composée d'éléments choisis, à celle qu'on observe dans le civil, chez des jeunes gens de même âge, bien qu'étant dans des conditions très inférieures de force et de santé.

Cette mortalité exceptionnelle dans les armées a été, dans ces derniers temps, particulièrement attribuée à l'insuffisance de l'examen d'ensemble, pour apprécier la force de la constitution, et l'on a pensé que l'anthropométrie, étudiée à ce point de vue spécial, pourrait fournir des données qui permettraient d'écarter plus sûrement du service militaire les hommes incapables d'en supporter les fatigues, et amener ainsi, on l'espérait du moins, une diminution notable de la mortalité dans les armées.

Les faits n'ont malheureusement pas répondu jusqu'ici à cette attente. C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans le développement des propositions suivantes :

1° Dans le recrutement des hommes de guerre, l'examen d'ensemble bien fait offre les meilleures garanties pour apprécier le degré de résistance de l'organisme.

2° Les données fournies par l'anthropométrie médicale ne sauraient remplacer l'examen d'ensemble ; mais elles peuvent lui venir en aide dans certains cas déterminés.

3° La grande mortalité dans les armées tient à d'autres causes que l'admission au service d'hommes faibles ; telles

sont notamment les mauvaises conditions de casernement et l'abus des liqueurs alcooliques.

4° On ne ramènera la mortalité dans les armées aux limites qui la rapprochent plus ou moins de la mortalité normale, que par une série de mesures rigoureuses, dirigées simultanément contre les trois grandes causes qui la déterminent.

I. — *Examen d'ensemble.* — Il est indispensable d'abord d'examiner ce qu'il faut entendre par force de la constitution, quelles en sont les bases physiologiques et à quels caractères le médecin peut reconnaître si la constitution d'un individu est bonne, mauvaise ou médiocre.

Ces questions résolues, il sera plus facile d'apprécier la valeur relative de l'anthropométrie médicale et le rôle qui lui est réservé dans le choix et dans le classement des hommes de guerre.

La force de la constitution est cette qualité de l'organisme qui fait qu'on résiste aux causes de destruction, à la fatigue, aux privations, aux intempéries, etc.

Cet état repose sur la régularité, la facilité et l'énergie avec lesquelles s'exécutent les différents actes organiques, et il se traduit extérieurement par des caractères physiques si constants et si significatifs, qu'on est autorisé à considérer comme jouissant d'une bonne constitution celui qui les présente; ainsi en est-il pour la faiblesse de la constitution, se caractérisant physiologiquement par la lenteur, l'inertie, l'irrégularité et une certaine difficulté dans les fonctions, et se traduisant par des signes physiques non moins précis. Rostan, qui a tracé des tableaux si saisissants de la physionomie de l'homme fort et de l'homme faible, est d'avis que si l'on signale çà et là quelques exceptions, elles sont

tellement rares qu'elles ne sauraient faire rejeter la règle.

On peut donc affirmer qu'il y a peu ou point de difficultés à reconnaître les constitutions fortes et les constitutions faibles par la simple inspection du corps, par l'appréciation générale d'ensemble, et que les notions d'anthropométrie médicale n'ont à intervenir que pour les renseignements utiles qu'elles peuvent fournir aux officiers chargés de la répartition des miliciens dans les différents corps de l'armée.

Mais, dans les constitutions médiocres, douteuses, les caractères physiques extérieurs qui témoignent de la force ou de la faiblesse étant moins tranchés, moins accentués, le médecin doit chercher ailleurs des éléments de conviction. Il les trouvera dans les antécédents morbides de celui qu'il examine ou, en l'absence de ceux-ci, dans l'appréciation de son tempérament, de ses idiosyncrasies, de ses habitudes, de sa profession, etc., dans la connaissance enfin du milieu hygiénique où il a vécu. Il est bien rare que le médecin ne trouve dans cet examen à se faire une conviction suffisante. Mais, pour être efficace, cet examen doit être fait avec soin, et le médecin doit pouvoir compter sur la bonne volonté de celui qu'il examine à donner les renseignements qu'il lui demande. Or, le temps dont le médecin peut disposer dans l'opération du recrutement est souvent fort court, et l'expérience lui a appris à se mettre en garde contre la sincérité de ceux qui sont de sa part l'objet d'un examen quelconque. De là des difficultés réelles et parfois insurmontables. C'est alors que les méthodes nouvelles d'exploration peuvent venir en aide au médecin, en lui apportant de nouveaux éléments d'appréciation.

II. — *Anthropométrie médicale.* — *a*) Taille. — Nous savons

déjà qu'une taille élevée, à l'âge où le développement du corps n'est pas complet, est plutôt un signe de faiblesse que de force et de santé. « Vouloir faire de la taille la mesure exacte de la force humaine, dit Michel Lévy, c'est une erreur que démontrent à la fois l'anatomie, la physiologie, la pratique de l'armée, comme l'expérience la plus vulgaire; c'est un élément d'appréciation qui ne prend toute sa valeur que si l'on y joint la considération de l'âge, du poids du corps, de la circonférence de la poitrine, du développement musculaire, etc. »

b) Amplitude de la poitrine. (Périmètre. — Diamètre. — Ampliation.) — Le but que se propose le médecin, dans la mensuration du thorax, est d'obtenir des indices sur la capacité vitale, le degré d'activité fonctionnelle des organes pulmonaires. Bien que cette activité se traduise surtout par des effets généraux sur l'organisme, on ne peut méconnaître cependant qu'une poitrine large et bien développée ne soit considérée comme l'indice d'une constitution forte et robuste, et que les degrés divers de développement de cette cavité ne répondent généralement assez bien à des degrés correspondants de santé et de vigueur.

Mais le problème est plus complexe qu'il ne le paraît de prime abord. Qu'on nous permette ici une objection que nous n'avons vue signalée nulle part. Les divers procédés de mensuration de la poitrine ne s'appliquent qu'au niveau du mamelon ou à quelques centimètres en dessous, et cependant il ne saurait être indifférent de savoir si les résultats qu'on obtient à cette hauteur du thorax sont dans des rapports proportionnels avec ceux que l'on obtiendrait au sommet de la cage thoracique, si les mêmes procédés pouvaient y être efficacement appliqués. Cette question n'est

pas oiseuse, car l'on sait que le siége de prédilection de la tuberculose pulmonaire est le sommet du poumon, et que les causes auxquelles on attribue cette prédilection sont l'amplitude insuffisante de cette partie du thorax et l'inertie de la portion correspondante du poumon.

Nous sommes porté à croire que ces rapports n'existent pas toujours, et que dans certaines conditions, la partie supérieure du thorax se trouve dans un état d'immobilité plus ou moins absolue, alors que le mouvement de soulèvement des côtes se fait librement sur les autres points de cette cavité. Ce fait se produit dans les habitudes vicieuses, qui placent le muscle petit pectoral dans le relâchement et dans un état d'inertie qui en diminue les propriétés contractives.

L'observation suivante vient à l'appui de cette manière de voir. Il y a longtemps de cela, c'était au début de notre carrière médicale, parut un mémoire, que nous regrettons de n'avoir pu retrouver, sur la valeur du rapport existant entre le périmètre supérieur et le périmètre inférieur de la poitrine, au point de vue de la prédisposition à la tuberculose pulmonaire. Ce travail nous intéressa vivement; nous trouvant à cette époque à la tête d'un service important à l'hôpital militaire de Louvain, et chargé en outre du service d'un bataillon de dépôt, nous fîmes de nombreuses recherches, qui aboutirent à des résultats à peu près identiques à ceux qu'avait obtenus l'auteur du travail. Voici ces résultats, tels que notre mémoire nous les rappelle : chez les individus bien constitués, le périmètre de la poitrine, au niveau des aisselles, est, de 5 à 6 c. et plus, supérieur au périmètre de la base, prise à 4 c. au-dessous des mamelons ; si l'individu est de constitution faible, la différence n'est plus que de

3 à 4 c.; s'il est suspect, elle est moindre encore, et dans le cas de tuberculose déclarée, le périmètre supérieur, à peine plus élevé que le périmètre inférieur, tombe à son niveau, ou même en dessous, suivant le degré d'avancement de la maladie. Nous n'insisterons pas davantage sur ce fait qui ne manque pas d'intérêt, et qui, s'il venait à se vérifier par des observations ultérieures, nous paraît de nature à pouvoir être utilisé dans la question qui nous occupe.

A quel procédé de mensuration du thorax faut-il donner la préférence? Dans la presque totalité des travaux publiés sur la matière, il n'est guère question que de la périmétrie. M. le dr Jansen propose de lui substituer l'ampliation de la poitrine, mesurée suivant le procédé qu'il a indiqué. En théorie, on pourrait soutenir que la première ne donne que la mesure de la capacité du thorax, tandis que la seconde donne celle de la capacité pulmonaire, c'est-à-dire de l'étendue de la surface respiratoire. A ce point de vue, il faudrait évidemment donner la préférence à cette dernière; mais en pratique, on peut objecter que la mensuration du périmètre est une opération simple, facile, rapide et toujours possible, tandis que la mensuration de l'ampliation exige plus de temps, plus de précision et se trouve subordonnée à la bonne volonté de celui qui la subit. Cette dernière raison est d'autant plus sérieuse, que le médecin est complètement désarmé et sans autorité pour vaincre la résistance qui se produirait à cet égard.

Quant à la diamétrie préconisée par le dr Monti, nous n'en connaissons pas le procédé et ne pouvons donc en dire grand chose; mais si elle pouvait être appliquée au sommet du thorax aussi bien qu'à la base, ce qui n'est nullement impos-

sible, elle aurait un incontestable avantage sur les deux procédés précédents et mériterait la préférence (1).

c) Poids du corps. — On s'accorde à attribuer au poids du corps une valeur prépondérante pour l'appréciation de la force de la constitution. Le dr Monti va plus loin en lui donnant une valeur absolue : « le poids, dit-il, est l'expression vraie du développement individuel, de la puissance fonctionnelle des pouvoirs assimilateurs, le critérium qui décide la validité pour le service militaire. » Cette affirmation est assurément exagérée. Le poids varie sous des influences très diverses et n'acquiert de valeur diagnostique que si l'on tient compte de l'âge, de la taille, de la capacité thoracique, de l'état de maigreur et d'embonpoint. « Le poids seul ne mesure pas, dit le dr Vallin, la force de la constitution et l'aptitude militaire. »

Il ressort de cet examen rapide que la taille, le poids du corps et l'amplitude de la poitrine, considérés isolément, n'ont pas une valeur absolue. Nous avons dit précédemment ce que l'on peut attendre de la notion combinée de ces divers éléments.

Avant de vous entretenir des causes de la mortalité dans les armées, permettez-nous de vous dire ce que doivent être les deux méthodes d'examen dans l'opération du recrutement, et quelle est la valeur de chacune d'elles.

L'examen d'ensemble bien compris doit être un examen physique, physiologique et médical en même temps,

(1) Notre honorable co-commissaire, M. Crocq, nous fait observer avec raison que la conformation du thorax est très variable ; qu'il est long et étroit chez les uns, large et court chez d'autres, et il se demande, en présence de ces faits, ce qu'il faut penser de la valeur accordée à la périmétrie et à l'ampliation thoracique, comme moyen d'appréciation de la capacité respiratoire.

reposant sur des données anatomiques, physiologiques et séméiologiques. Il doit embrasser la conformation générale du corps, la conformation de la poitrine, l'état d'embonpoint ou de maigreur, l'attitude, l'expression des yeux et de la face, le coloris si varié qu'imprime à la peau la circulation capillaire, les diverses teintes de cette membrane, la fermeté des chairs. Cet examen, qui constitue ce qu'on appelle le coup-d'œil médical, tant à cause de la rapidité avec laquelle il peut se faire qu'en raison des déductions que l'homme de l'art peut en tirer, suffit le plus souvent au médecin instruit, expérimenté et attentif, pour juger du degré d'activité des grandes fonctions de l'organisme, d'où dérive la force de la constitution, recueillir des indices précieux sur l'existence de maladies insidieuses ou de prédispositions morbides. L'énergie du caractère, une des grandes qualités du soldat, n'échappe même pas à cet examen.

L'examen anthropométrique constate l'état physique, matériel de l'organisme; il détermine l'élévation de la taille, le poids du corps et approximativement la capacité thoracique et pulmonaire. C'est une ressource, un auxiliaire utile, pouvant dans certains cas venir en aide à l'examen d'ensemble, mais ne pouvant le remplacer. En un mot, *l'anthropométrie doit céder le pas à l'appréciation d'ensemble, marcher avec elle et après elle.*

Ce n'est pas ainsi qu'en général, on a compris la question : le dr Vallin dit avoir entendu plusieurs fois les membres du conseil de revision dire : « les médecins qui mesurent trop n'examinent plus les hommes; ils négligent l'examen d'ensemble, l'apparence générale; ils ne jugent plus en médecins, mais en géomètres; ils regardent le ruban métrique; il ne leur reste plus de temps

pour regarder l'homme. Tout en faisant la part de l'exagération et du sentiment de résistance qu'éveille presque involontairement l'introduction d'une méthode nouvelle, on ne peut nier que ce reproche est quelquefois fondé. »

D'autres sont allés plus loin encore et ont voulu déterminer l'aptitude au service uniquement par des mensurations. Il n'est donc pas étonnant qu'on ne soit pas parvenu jusqu'ici à s'entendre malgré les nombreux travaux publiés sur la matière. Ce qui manque surtout dans les recherches qui ont été faites, c'est un plan d'ensemble, un but bien défini à atteindre.

Le but véritablement utile et pratique de ce genre d'investigations est de trouver, pour l'amplitude thoracique et le poids du corps, des chiffres *minimâ* qui soient pour le médecin des points de repère qui le guident dans les opérations du recrutement; mais il ne faut pas que ces *minimâ* soient considérés comme des limites absolues, réglementaires, infranchissables, comme celles qu'on a dû établir pour la taille. Le médecin doit conserver sa liberté d'action et la latitude de refuser le jeune homme qui, atteignant les limites fixées, ne présente pas d'ailleurs les garanties de force et de vigueur, et, d'autre part, d'admettre celui qui présente les conditions voulues pour former un bon soldat, bien que n'atteignant pas ces limites. Il faut, en un mot, que l'opération du recrutement, en tant qu'il s'agit de juger l'état de la force constitutionnelle des recrues, reste une opération médicale.

Nous appelons l'attention de ceux qui sont à même de s'occuper de la question du recrutement, sur un remarquable travail de M. le dr Titeca, relatif à la taille, au périmètre thoracique et au poids du corps des hommes appar-

tenant aux levées de milice des années 1879 et 1880, travail entrepris en réponse à des questions posées par M. le Ministre de la Guerre. Ce travail, qui n'est point achevé, est conçu sur un plan nouveau et nous paraît devoir nécessairement aboutir à des résultats utiles et pratiques pour l'armée belge.

Si l'anthropométrie bien comprise et dépouillée de toute exagération est appelée à venir en aide au médecin dans l'opération du recrutement, elle rend dès maintenant déjà d'éminents services aux officiers chargés du classement des miliciens dans les différents corps de l'armée.

Une dernière réflexion. M. Jansen a pris pour épigraphe de son travail ces paroles de Chassagne-De Brousse : « l'armée doit absorber toutes les forces vives du pays et celles-là seulement.... » Nous ne saurions partager cette opinion ; nous pensons, avec Michel Lévy, que : « la ligne de conduite à suivre en matière de recrutement présente deux écueils à éviter : si l'on accepte trop facilement ceux qui se présentent, on affaiblit l'armée; si, par une sévérité exagérée on n'admet que les individus d'une constitution, d'une vigueur exceptionnelles, on fait tomber sur un petit nombre, d'une manière fatale, un tribut que la loi, en principe, a réparti sur tous. On arrive par là à ce résultat, de faire dans la population deux parts : l'une, composée de sujets infirmes, débiles ou équivoques, à qui seraient confiées la prospérité et la fécondité du pays ; l'autre, la plus belle, la plus saine, la plus forte, l'armée, chargée de la défense d'une nation qui n'excitera désormais les convoitises de personne. »

III. *Mortalité des armées.* — Les causes de la grande mortalité des armées sont multiples ; il en est trois surtout qui,

par leur importance, méritent de fixer notre attention : la faiblesse de la constitution, le mode vicieux de casernement, et l'abus des liqueurs alcooliques.

a) Faiblesse de la constitution. — Il importe de n'admettre dans les rangs de l'armée que des hommes capables d'en supporter les rudes labeurs. « Les militaires faibles, dit Michel Levy, sont une non valeur pour l'armée, qui ne peut compter sur eux aux jours de fatigues et de combat; une charge pour l'État, qu'ils grèvent de journées d'hôpital; une perte pour la société, qui pourrait les employer utilement dans d'autres professions, car beaucoup meurent soldats qui auraient vécu longtemps dans les conditions de la vie civile. »

b) *Insalubrité des casernes.* — Voici comment s'exprime le capitaine du génie, H.-J. Rousseau, dans un article publié dans les *Archives de médecine militaire* (Tom. VII, page 121), sur la situation du soldat dans la plupart de nos casernes : « Ces bâtiments, en général, ont été construits pour une autre destination, et leur entretien est considéré comme une charge par les villes, qui ne font qu'à regret les dépenses nécessaires à leur amélioration. On éprouve un sentiment pénible lorsqu'on entre dans les chambres; elles offrent des planchers délabrés, des murailles humides, et elles exhalent une odeur infecte, qui persiste lors même qu'elles ne sont plus occupées. C'est dans de tels locaux que les soldats perdent la santé, la vue et deviennent ensuite pour l'État une charge qui va en augmentant de jour en jour. »

Depuis cette époque, déjà bien éloignée, on a construit un certain nombre de casernes et on en a amélioré d'autres, mais on peut affirmer qu'il reste beaucoup à faire sous ce

dernier rapport; les changements d'ailleurs qu'on peut apporter à des bâtiments vieux et délabrés ne remédient qu'imparfaitement aux dangers qu'ils présentent. Quant aux nouvelles casernes, elles sont massives, monumentales, à étages superposés, et les inconvénients de semblables constructions, au point de vue de la ventilation et de la salubrité générale, ne sont plus à démontrer.

Le système Tollet, sans étage et à pavillons séparés, appliqué aux casernes, mérite de fixer l'attention du gouvernement; il réunit, à la salubrité, l'incombustibilité, la solidité et l'économie.

Deux groupes de maladies contribuent surtout à augmenter la mortalité dans les armées : les maladies zymotiques (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.), et les affections tuberculeuses. Examinons la part qui revient, au développement de ces maladies chez le soldat, à l'encombrement des casernes; nous laissons la parole à des plus expérimentés que nous.

« Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, dit Michel Lévy, sur la pathogénie de la fièvre typhoïde et des maladies analogues, ces affections trouvent, dans la vie des soldats nouveaux venus dans les villes, inacclimatés, accumulés dans les casernes, les conditions les plus favorables à leur développement.

» De l'analyse de 10,000 décès, qui ont eu lieu au Val-de-Grâce, de 1832 à 1859, et de la mortalité dans plusieurs garnisons, Laveran conclut que sur 1,000 décès, il y en a 259 par fièvre typhoïde, dans l'armée, au lieu de 137 dans la population civile correspondante; 39 par variole, au lieu de 6; 7,7 par scarlatine, au lieu de 3; 27 par rougeole, au lieu de 0.8. Et, comme pour ajouter à la vali-

dité de la démonstration, les infirmiers, qui sont d'ordinaire de jeunes soldats, qui vivent à l'hôpital dans le foyer de ces maladies, fournissent une proportion de décès supérieure à celle de tous les autres corps : fièvre typhoïde, 397; variole, 50, etc. »

Quant aux affections tuberculeuses et à leur origine, voici, d'après Michel Lévy, ce qu'en pense Tholozan : « C'est dans l'ensemble des conditions hygiéniques qu'il faut rechercher la cause de cette détérioration progressive de l'organisme, de ce trouble passif de la nutrition, de cette usure des tissus qui caractérisent le processus tuberculeux. Tholozan, d'accord avec la commission sanitaire de l'armée anglaise, fait jouer le rôle principal, dans l'étiologie de la phthisie, à l'encombrement des casernes, à l'action lente du méphitisme humain; cette opinion est actuellement partagée par le plus grand nombre des médecins anglais. »

Nous avons démontré ailleurs, par des expériences et par des faits rigoureusement observés, que la persistance et la gravité de l'ophthalmie granuleuse dans les armées, a eu sa cause principale dans l'encombrement des casernes.

c.) *Abus des boissons alcooliques.* — Dans une étude sur les moyens de prévenir et de combattre l'abus des boissons alcooliques dans les armées, M. le dr Jansen avance « que l'alcoolisme a beaucoup diminué dans notre armée et que c'est manifestement dans cette classe de la société que l'on rencontre le moins d'ivrognes. » D'autre part, nous avons appris récemment par les journaux politiques que le Ministre de la Guerre de Belgique vient de mettre à l'étude dans tous les régiments de l'armée la question du débit des alcools dans les casernes.

Il s'agirait de supprimer l'usage des liqueurs et de remplacer celles-ci par la bière et le café. Cette mesure nous semble évidemment prouver que l'abus des boissons alcooliques existe toujours assez intense dans l'armée, vu qu'on s'occupe en haut lieu de mesures destinées à l'atténuer.

D'après Michel Lévy, l'abus des boissons alcooliques n'occasionne que des indispositions légères, traitées à la chambre ou à l'infirmerie, et qui nécessitent rarement le séjour à l'hôpital; quant aux accidents de l'alcoolisme, ils sont très rares, ce qui s'explique d'ailleurs par le trop court séjour du soldat dans l'armée, ces accidents ne se révélant en général qu'après un long usage abusif de ce genre de boisson.

Contrairement à l'opinion de ce célèbre médecin, nous pensons pouvoir démontrer que l'action exercée par l'abus des boissons alcooliques sur la santé du soldat et sur la mortalité dans les armées est considérable.

On ne peut contester que l'ivresse, dans sa période d'excitation, ne puisse réveiller certaines dispositions morbides et devenir cause déterminante de maladies diverses. Il est également incontestable que l'épuisement nerveux et l'abaissement de la température organique, qui succède à la période d'excitation, diminuent la force de résistance et placent momentanément l'homme ivre dans les mêmes conditions de débilité que l'homme de constitution faible. Plongé, dans cet état, au milieu de l'air infect des chambrées, il en subit tous les effets pernicieux, et si cet air renferme quelque principe contagieux, il succombe plus facilement à son action toxique; mis à la salle de police, et soumis à l'influence de l'air froid et humide qui y règne ordinairement, il contracte fréquemment des affections dites *a frigore*.

Ces diverses maladies, contractées dans un moment où l'organisme manque d'énergie ou de résistance, revêtent assez souvent une gravité exceptionnelle. Lors de la première invasion du choléra à Paris, en 1832, les premiers malades qui furent amenés dans les hôpitaux étaient des ivrognes ramassés dans la rue; des faits analogues furent observés ailleurs. Il est enfin d'observation commune, qu'en temps d'épidémie, les individus faibles ou momentanément affaiblis, épuisés par une cause quelconque, sont les premières victimes et généralement aussi les plus gravement atteintes.

Il faut donc admettre que l'homme en état d'ivresse, fût-il fort et bien constitué, se trouve momentanément dans des conditions de débilité qui l'exposent à tous les dangers que court l'homme constitutionnellement faible.

Mais ce n'est pas tout : quand l'abus des boissons alcooliques se répète souvent, devient plus ou moins habituel, la constitution s'use vite, le sang s'altère, la nutrition se vicie et diverses maladies plus particulièrement propres aux ivrognes se manifestent.

On voit encore, dans ces conditions mauvaises, des affections légères, des plaies simples prendre des caractères de gravité tout à fait exceptionnels.

On a dit et souvent répété que les fatigues du service excédant les forces de l'individu peuvent engendrer la tuberculose; on peut en dire autant de l'abus habituel des liqueurs alcooliques. Car ce qui amène la dégénérescence tuberculeuse, dans l'un comme dans l'autre cas, c'est l'épuisement des forces, la perversion de la nutrition et la dégradation de l'organisme.

Ce n'est pas le lieu ni le moment de vous parler ici des

effets de l'ivrognerie sur l'état moral du soldat. Nous ne pouvons toutefois résister au désir de vous faire connaître une petite statistique que nous recueillons dans la brochure précitée de M. le dr Jansen. La voici :

« Les neuf dixièmes des militaires traduits devant le conseil de guerre sont des ivrognes ou des hommes qui ont agi sous l'influence de l'ivresse. »

Les conclusions à tirer de ce que nous venons de dire sur les causes de la grande mortalité des armées, c'est que le mauvais état des casernes et l'abus des liqueurs alcoolibues y ont une large part, et que les gouvernements ont le devoir de prendre des mesures propres à les faire disparaître.

C'est à ces conditions, jointes à celle d'un bon recrutement, qu'on pourra ramener la mortalité dans les armées à des proportions normales, c'est-à-dire en rapport avec les conditions exclusivement inhérentes au métier des armes.

Après cette longue digression, trop longue peut-être, nous reprenons la suite de notre rapport sur le mémoire de M. le dr Jansen.

IV. Appréciation du travail de l'auteur. — L'anthropométrie appliquée au recrutement des hommes de guerre est une question qui préoccupe actuellement les gouvernements par les intérêts divers et très importants qu'elle soulève. Malgré les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, on n'est pas parvenu jusqu'ici à s'entendre définitivement sur la meilleure solution à donner aux différents problèmes qui s'y rattachent. Comme tant d'autres l'ont fait avant lui, M. le dr Jansen vient apporter sa pierre à l'édifice par le mémoire qu'il a soumis à l'Académie.

La connaissance des langues modernes lui a permis d'étudier les principaux travaux qui ont été publiés à l'étranger et d'en faire connaître les données les plus saillantes.

L'idée de résumer les résultats de ses recherches sous forme de tableaux est des plus heureuses ; en même temps qu'elle en augmente l'intérêt, elle permet au lecteur d'en mieux saisir tous les détails.

Ce n'est pas le premier essai de l'auteur dans cette voie. Antérieurement déjà, il a publié sur le même sujet dans les *Archives belges de médecine militaire* (septembre 1877, p. 271 et juin 1879, p. 450), deux articles dont plusieurs passages sont reproduits textuellement dans le travail qui nous occupe.

V. Conclusions de la commission. — Malgré le mérite incontestable du travail de M. le dr Jansen, la commission ne peut considérer les conclusions si précises, si absolues qu'il renferme comme définitives ; ces conclusions lui paraissent prématurées et non suffisamment justifiées par le champ d'observation trop limité qui en a fourni les éléments.

En conséquence, messieurs, la commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de la Compagnie.

M. le dr Jansen étant inscrit déjà sur la liste des aspirants au titre de correspondant, la commission croit pouvoir le recommander à votre attention pour la prochaine élection.

M. Desguin. — Je demande la parole sur les conclusions du rapport. J'ai écouté avec la plus grande attention

le rapport très intéressant de M. Hairion. Ce rapport a soulevé un certain nombre de questions ne rentrant pas directement dans le cadre du travail soumis aux méditations de la commission. J'espère que l'Académie ouvrira prochainement une discussion sur cet objet, qui présente un sérieux intérêt, et pour qu'elle puisse s'établir en connaissance de cause, il est nécessaire que le mémoire de M. Jansen, soit publié dans le Bulletin. C'est que, en effet, le rapport renvoie aux nombreux tableaux statistiques de ce mémoire, dont la portée générale est à peine indiquée. Ceux d'entre nous qui sont compétents en cette matière et qui désireront prendre part à la discussion, de même que les personnes qui voudront s'initier à ces recherches encore peu connues de la généralité, doivent être mis dans la possibilité de recourir aux sources originales, et elles ne le pourront que si le travail de M. le dr Jansen est publié dans son ensemble. Je propose donc que l'Académie en décide l'impression dans le Bulletin. C'est un amendement que je me permets de faire aux conclusions du rapport de la commission.

M. Barella. — Peut-être le mémoire de M. Jansen est-il un peu long, et y aurait-il lieu de le prier de le réduire?

M. Warlomont. — Le rapport est lui-même un excellent résumé, dont l'impression pourrait semble-t-il suffire.

M. le Président. — La commission se rallie-t-elle à l'amendement de M. Desguin, tendant à ce que le mémoire de M. Jansen soit imprimé dans le Bulletin?

M. Hairion, rapporteur. — Je ne m'y oppose pas.

M. Warlomont. — Si l'amendement de M. Desguin était adopté, cela ferait double emploi; le rapport ne pour-

rait-il pas être notablement abrégé? On laisserait naturellement au rapporteur le soin de ce remaniement.

M. Hairion. — Le rapport de la commission reproduit à peu près textuellement une bonne partie du mémoire de M. Jansen; cela semblait nécessaire, la commission ne proposant pas l'impression de ce travail. Toutefois, l'amendement de M. Desguin me paraît pouvoir être adopté.

M. Michaux. — Il me semble que l'impression du rapport doit suffire; il rend si exactement compte du mémoire, que l'impression de ce travail devient inutile et présente le grave inconvénient du double emploi signalé par M. Warlomont.

M. Desguin. — Je crois devoir insister sur la proposition que j'ai faite; il y a dans le mémoire beaucoup de tableaux, qui ne sont qu'indiqués dans le rapport. Or, je le répète, si, comme je l'espère, une discussion s'ouvre sur cet objet, il est indispensable que ceux qui désirent y prendre part puissent examiner en détail les tableaux statistiques.

M. Warlomont. — On pourrait faire deux choses : prier M. Hairion de raccourcir son rapport, ou bien demander à l'auteur de raccourcir son mémoire. Il est évident que le mémoire de M. Jansen contient des matériaux importants.

M. le Président. — Il est assez difficile de remanier un rapport; je crois qu'on ne peut demander à M. Hairion de s'imposer cette tâche.

M. Desguin. — En présence des observations qui viennent d'être faites, je crois devoir modifier ma proposition, et demander que le mémoire de M. Jansen soit inséré dans le Recueil des Mémoires in-8°.

M. Pigeolet. — Cette proposition me paraît la plus acceptable, et j'engage l'Académie à s'y rallier.

— La proposition de M. Desguin est adoptée.

2. RAPPORT de la commission des épidémies sur divers documents communiqués par M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, relativement à des épidémies qui ont sévi dans certaines contrées de l'Orient. — M. LEFEBVRE, rapporteur.

Messieurs, M. le Ministre de l'intérieur, par dépêches des 28 juin, 10 septembre et 7 novembre 1881, a transmis à l'Académie de médecine des documents intéressants sur quelques épidémies qui ont régné en Orient en 1879, 1880 et 1881.

La commission des épidémies, que vous avez chargée de vous faire un rapport sur ces documents, m'a fait l'honneur de me désigner pour son organe.

Le dossier que M. le Ministre de l'intérieur a envoyé à la Compagnie est volumineux ; il comprend plus de cent pièces.

Les plus nombreuses se rapportent à deux épidémies de peste, celle de l'Euphrate et celle d'Astrakhan. Quelques-unes concernent le choléra qui a éclaté parmi les pèlerins de la Mecque.

Celles-ci feront l'objet d'un rapport ultérieur. Il est donc bien entendu que nous ne nous occuperons aujourd'hui que des épidémies de peste.

Arrêtons-nous d'abord à l'épidémie de la Mésopotamie et rappelons quelques antécédents académiques.

Dans la séance du 25 juin 1881, j'ai eu l'honneur de vous présenter, au nom de la commission des épidémies, un rapport sur la peste qui a éclaté vers la fin de septembre

1880 sur les bords de l'Euphrate, dans les environs des ruines de Babylone. Cette épidémie régnait encore dans ces contrées au commencement du mois d'avril 1881, date des dernières dépêches analysées dans mon rapport du 25 juin dernier.

Les documents qui nous ont été transmis par M. le Ministre de l'intérieur révèlent que cette épidémie a pris fin, et je constate, comme coïncidence bizarre, que le dernier décès dû à la peste se produisait sur les bords de l'Euphrate le 27 juin 1881, c'est-à-dire presque le jour même où je vous entretenais, de la part de la commission des épidémies, de la peste de la Mésopotamie. Voici, en effet, la copie d'un télégramme du 4 août, transmis par le médecin sanitaire Gabiades au dr Zitterer, inspecteur sanitaire à Bagdad : « La santé publique dans les contrées jadis pestiférées continue à être des plus satisfaisantes ; depuis le 27 juin jusqu'aujourd'hui, c'est-à-dire depuis 38 jours, il n'y a plus eu de cas de peste. »

Les dépêches ultérieures des agents du gouvernement belge à l'étranger ont confirmé cette heureuse nouvelle : la peste a cessé sur les bords de l'Euphrate. Nous n'avons donc plus à nous occuper de cette épidémie.

Arrivons maintenant à la peste d'Astrakhan, plus souvent désignée aujourd'hui sous le nom de peste de Vetlianka.

Avant de faire l'analyse du volumineux dossier de documents relatifs à cette épidémie, permettez-moi, messieurs, de rappeler les antécédents de la question devant la Compagnie.

Dans la séance du 22 février 1879, j'ai eu l'honneur de vous faire une communication sur la peste. L'opinion publique se préoccupait de l'épidémie qui régnait à cette

époque dans le gouvernement d'Astrakhan ; tout en envisageant la question à un point de vue général, j'ai formulé devant vous une série de questions dont je reproduis ici les plus importantes avec les solutions que l'étude de la maladie m'a suggérées.

1° La maladie d'Astrakhan est-elle la peste vraie, la peste bubonique?

Les renseignements que nous possédions à cette époque m'ont permis d'affirmer que l'on avait affaire à une épidémie de la vraie peste, c'est-à-dire de cette maladie qui, depuis son apparition en Europe, l'an 1060 avant Jésus-Christ, y a promené plus de 150 fois ses dévastations.

2° Quelle est l'origine de l'épidémie de Vetlianka?

J'ai conclu de mes recherches qu'elle avait été importée de Recht, ville de Perse, située sur les bords de la mer Caspienne, à Astrakhan, et d'Astrakhan à Vetlianka.

3° Quelle est l'étendue du territoire occupé aujourd'hui (commencement de l'année 1879) par l'épidémie pestilentielle? A-t-elle poussé déjà quelques pointes vers l'Europe centrale?

J'ai constaté qu'en ce moment la maladie occupait sur les deux rives du Volga une contrée circonscrite d'une centaine de lieues de longueur et de vingt-cinq à trente lieues de largeur. Quelques renseignements faisaient craindre le transport de la maladie plus ou moins loin, et même jusqu'à la capitale de l'empire russe, St-Pétersbourg.

4° La peste d'Astrakhan continuera-t-elle sa marche envahissante vers l'Europe, et notre pays, en particulier, est-il exposé aux atteintes de l'épidémie?

Après avoir exposé des considérations tendant à nous rassurer, je concluais en ces termes : Nous avons lieu d'es-

pérer que la maladie ne nous atteindra pas, grâce aux mesures de préservation prises par tous les gouvernements de l'Europe; toutefois, nous ne devons pas nous endormir dans une fausse sécurité, et il est sage sinon de prendre, au moins de préparer dès aujourd'hui des mesures qui pourraient devenir nécessaires à un moment donné et qu'il est impossible d'organiser en quelques jours.

5° Quelles sont les mesures à prendre contre le fléau oriental?

Je les ai exposées avec quelques détails dans ma communication. J'ai indiqué comme mesures de préservation les moyens hygiéniques, les moyens quarantenaires et enfin les moyens de désinfection. J'ai insisté vivement sur les mesures quarantenaires, c'est-à-dire sur la nécessité de circonscrire par les moyens les plus rigoureux, comme les cordons sanitaires, les populations envahies par le fléau et d'obliger les voyageurs, qui arrivent d'une région suspecte, à séjourner dans un lazaret ou à bord d'un vaisseau avant de communiquer avec les habitants d'un pays sain où ils veulent entrer.

Parmi les mesures de désinfection, j'ai recommandé avec instance le moyen de désinfection par excellence, le calorique sous toutes ses formes.

Je pense, messieurs, que les documents que je vais avoir l'honneur de vous communiquer, vous convaincront que je n'ai rien à retirer des considérations et des conclusions de mon premier travail sur la peste.

J'aborde l'analyse de ces documents. Je vous prie d'avance de vouloir bien excuser les répétitions inévitables que vous rencontrerez dans ce rapport si vous vous donnez la peine de le comparer au premier travail auquel je viens de faire allusion.

La première dépêche que nous rencontrons sur l'épidémie de Vetlianka émane de la légation de Belgique à St-Pétersbourg et porte la date du 28 janvier 1879. Elle nous apporte la traduction, d'après le messager officiel, de télégrammes datés du 13/25 et 14/26 janvier, adressés par le gouverneur d'Astrakhan au ministère de l'intérieur de Russie. Ces télégrammes, très étendus d'ailleurs, résument le rapport de M. le dr Döppner, médecin en chef des troupes cosaques d'Astrakhan. M. Döppner fait une première visite à Vetlianka (1) où règne une maladie suspecte. C'est une Stanitza ou bourgade de 1400 habitants, située sur la rive droite du Volga, le long de ce fleuve. Il y trouve huit malades dans l'état suivant : fièvre modérée, débilitante et intermittente; appétit bon; sommeil normal; enflure et abcès des ganglions lymphatiques soit de l'aisselle, soit de l'aîne; guérison au bout de dix à vingt jours.

M. Döppner ne soupçonne pas le début d'une épidémie de peste, et on le comprend très bien : « Il s'agit, dit-il, de malades atteints de fièvres intermittentes et débilitantes, avec enflure des ganglions lymphatiques (Griesinger). »

Vers le 27 novembre, la maladie prend un caractère plus accentué (2). M. Döppner se rend de nouveau à Vetlianka

(1) L'orthographe de cette localité est assez variable : on trouve dans quelques géographies Wytleanka.

(2) M. Döppner dit que le 27 novembre, d'après le rapport d'un médecin assistant, il n'y avait plus à Vetlianka de malades présentant les symptômes observés par lui le 18 novembre. C'est donc, d'après lui, une nouvelle maladie qui s'est produite. Il y a là évidemment une de ces erreurs qu'on doit attribuer à la précipitation avec laquelle se font les rapports médicaux dans ces temps de presse et de trouble. En effet, le dr Döppner observe huit malades le 18 novembre; il décrit, comme nous venons de le dire, les symptômes qu'ils présentent; il déclare que la maladie dure de dix à vingt jours, et dès le 27 novembre, c'est-à-dire dix jours après, il n'y aurait plus eu de malades.... Au reste, dans une autre partie de son rapport, M. Döppner constate que, du 17 no-

au commencement de décembre (la date précise n'est pas indiquée); il y passe 8 jours. En groupant les observations disséminées dans son rapport, on reconstitue le tableau suivant : frissons répétés, fièvre ardente (42 degrés); douleur violente de tête, insomnie, délire; oppression, crachement de sang sous forme de liquide très clair; suppression d'urine; enflure des ganglions lymphatiques et abcès; mort dans le délai de douze heures à trois jours. M. Döppner constate *l'impossibilité de triompher du mal à l'aide de la médecine*; il est convaincu qu'il ne reste pratiquement qu'à instituer un service rigoureux de quarantaine. En effet, la mortalité est effrayante : le dr Koch, qui est resté sur les lieux, est mort avec six de ses assistants, de même que le prêtre de la Stanitza et les cosaques qui enterraient les cadavres.

Tel est le tableau tracé par le dr Döppner dont j'ai reproduit les expressions. La conclusion semble sortir d'elle-même de pareilles prémisses : c'est bien à la peste bubonique que l'on a affaire. Eh bien, non : M. Döppner n'ouvre pas les yeux ou du moins il ne les ouvre pas complètement; il faut citer l'auteur pour ne pas être accusé de trahir sa pensée : « Pendant mon premier séjour à Vetlianka (18 novembre et jours suivants), je n'ai vu que des malades atteints de fièvres intermittentes et débilitantes avec enflure des ganglions lymphatiques, et j'en ai fait mon rapport à l'autorité. Cette forme de maladie, d'après Griesinger, peut précéder quelquefois des maladies plus sérieuses, ce qui s'est confirmé aussi par la suite. Ma seconde visite à Vet-

vembre au 9 décembre, sur 49 malades, 30 sont morts ! Il est donc évident que la maladie a continué à sévir à Vetlianka sans interruption.

lianka (commencement de décembre, date non indiquée) et les observations faites par moi pendant les dix jours que j'y ai passés au milieu de l'épidémie, m'ont fait voir que la maladie était du genre de la fièvre chaude, et mes rapports ont été présentés en ce sens. » Et plus loin : « Je conclus, à caractériser cette épidémie soit comme typhus du genre le plus grave, soit comme une peste particulière (pestis indica Hirsch) ou comme une maladie nouvelle intermédiaire entre le typhus et la peste. »

D'où vient cette attitude hésitante et, il faut bien le dire, peu scientifique, d'un homme de la valeur du dr Dôppner? Est-il guidé par la crainte de répandre l'alarme dans un grand empire, ou bien est-il resté sous l'influence de l'impression qu'il a rapportée de sa première visite à Vetlianka, au début de la maladie épidémique dans laquelle il n'a vu qu'une fièvre intermittente de mauvais caractère? Nous ne le savons, mais nous constatons volontiers qu'il n'a pas été suivi dans ses errements par les médecins de son pays. La légation belge nous transmet en effet un document très significatif emprunté à la gazette russe de St-Pétersbourg; c'est le compte-rendu de la séance du 11 janvier 1879 de la société des médecins russes, à laquelle assistaient les professeurs Bogdanovski, Pelechine, Sorokine, etc. Le président, le dr Botkine, premier médecin de l'empereur, n'a pas hésité à déclarer, avec l'assentiment de l'assemblée, « que l'épidémie qui a éclaté à Vetlianka est bien la peste indienne, venue de Perse, et une de ses formes les plus dangereuses, celle qui est suivie de la mort noire. C'est la même maladie qui a épouvanté le monde au XIVe siècle. » En appelant l'épidémie de son vrai nom, ajoute M. Botkine, nous devons lutter contre ses envahissements redoutables

avec toutes les forces scientifiques en notre pouvoir. Espérons que la maladie sera localisée et ne dépassera pas ses limites actuelles.

Continuons notre analyse. Une dépêche du consul de Belgique à Varsovie, en date du 1er février 1879, nous apprend que l'épidémie a complètement disparu de Vetlianka, mais qu'elle s'est montrée le 27 janvier à Silitrinde (1), village situé sur la rive droite du Volga où trois personnes ont été atteintes. L'autorité a pris les mesures les plus sévères : un cordon sanitaire a été établi autour de la nouvelle localité infectée.

Une dépêche de la légation belge à Saint-Pétersbourg, en date du 7 février 1879, nous communique l'exposé des mesures sanctionnées par l'empereur de Russie sur la proposition de ses ministres. Nous résumons ces mesures : La Stanitza de Vetlianka sera livrée au feu dans la mesure qui sera jugée indispensable. On indemnisera les habitants et on pourvoira aux mesures nécessaires pour fournir aux populations transférées hors de cette Stanitza le logement, les vivres, les linges, les vêtements et les soins médicaux qui leur seront nécessaires. Cette mesure sera étendue au besoin aux autres localités, partout et dans la mesure où cela sera jugé indispensable. Pour le service des cordons sanitaires et des quarantaines, mesures déjà établies, le 3e régiment des cosaques est mis à la disposition de l'autorité civile.

Le comte Lorris-Melikow est envoyé comme commissaire spécial de l'empereur dans les localités infectées, muni de

(1) Le consul écrit Selitrenoj : c'est probablement l'orthographe vraie, l'orthographe russe, mais nous adoptons les dénominations des géographes de notre pays.

pleins pouvoirs pour prendre dans le gouvernement d'Astrakhan et dans les districts voisins les mesures nécessaires, tant pour étouffer l'épidémie que pour en arrêter les progrès. Il sera accompagné de fonctionnaires de l'ordre administratif, de médecins spécialistes et d'aides-de-camp pour la transmission de ses ordres.

Une dépêche de notre consul à Moscou, en date du 6 février 1879, constate que la maladie reste localisée à Vetlianka, à Staritskoë, Prichibnoë, Udajunoë et Michïlawska. Aucun cas à Moscou; mesures préservatives sévères.

Une dépêche de la légation belge de Saint-Pétersbourg, en date du 15 février, annonce qu'il y a eu deux décès de peste au village de Kameni-lar, situé dans les limites du cordon sanitaire, mais qu'il n'y a plus de malades sur aucun des autres points de la contrée infectée.

Une dépêche du comte Lorris-Melikow, en date du 11 février (russe), transmise par notre ministre à Saint-Pétersbourg, annonce qu'il n'y a plus eu ni décès ni nouveaux cas de peste dans la partie de l'empire confiée à ses soins. Il fait savoir que la levée des cordons sanitaires s'est faite dans plusieurs localités où aucun cas d'épidémie ne s'est produit depuis quarante-deux jours, délai fixé par les règlements des quarantaines.

Toutefois, dans une lettre publique communiquée au gouvernement belge par son ministre à Saint-Pétersbourg, datée du 15 mars, le dr Botkine maintient que le 13 février il y avait eu dans son service un malade, nommé Naoum Prokoflew, atteint d'un cas de peste dans sa forme la plus légère. Il faut noter pourtant que la plupart des médecins de Saint-Pétersbourg n'ont pas partagé son opinion. Quoi qu'il en soit, le dr Botkine continue à soutenir qu'il s'agit

bien d'un cas de peste et que par conséquent l'épidémie a déjà été importée dans la capitale russe. Il rappelle qu'avant la constatation de ce cas isolé, il a émis cette opinion, qu'il maintient d'ailleurs, que l'épidémie pourrait faire son apparition sur plusieurs points de la Russie, où l'on aurait à constater un nombre plus ou moins grand de cas de peste, sans que celle-ci ait un caractère grave dans le sens de la mortalité et de la contagion ; qu'en tout cas, il est important de surveiller partout l'apparition des premiers cas de peste, même dans sa forme la plus légère.

Le cas plus ou moins hypothétique de Saint-Pétersbourg ne s'est pas renouvelé.

Tel est le sommaire du premier dossier ministériel. Les quatorze autres dossiers ont beaucoups moins d'importance (1). Je crois inutile de les analyser en détail ; je me borne à constater les deux faits capitaux qui en ressortent. Le premier, c'est que l'épidémie de Vetlianka a été circonscrite et éteinte dans son foyer primitif et qu'elle n'a atteint aucun autre point de la Russie ni à fortiori aucune autre

(1) Voici l'énumération de ces dossiers :

I. Neuf dépêches	de nos agents	diplomatiques en	Turquie.
II. Neuf dépêches	—	—	Égypte.
III. Une dépêche	—	—	Tunisie.
IV. Trois dépêches	—	—	Roumanie.
V. Neuf dépêches	—	—	Autriche.
VI. Neuf dépêches	—	—	Allemagne.
VII. Huit dépêches	—	—	Italie.
VIII. Quatre dépêches	—	—	France et possessions françaises.
IX. Huit dépêches	—	—	Grande Bretagne et posses. angl.
X. Une dépêche	—	—	Suisse.
XI. Trois dépêches	—	—	Pays-Bas.
XII Dix dépêches	—	—	Suède.
XIII. Une dépêche	—	—	États-Unis.
XIV. Une dépêche	—	—	Brésil.

région de l'Europe; le second, c'est que tous les gouvernements ont cru devoir prendre les mesures les plus sévères pour prévenir sa propagation; mais nous aurons à revenir sur ce sujet.

Résumons en peu de mots l'histoire de la peste de Vetlianka et les enseignements qu'elle nous apporte. La Stanitza de Vetlianka est à 300 kilomètres en amont d'Astrakhan. Comme nous l'avons dit, cette Stanitza compte environ 1,400 habitants, 425 feux; elle est située sur la rive droite du Volga, le long de ce fleuve. Les habitations sont étroites, basses, encombrées; les chambres sont chauffées par un poêle que l'on allume de l'extérieur, ce qui leur enlève le bénéfice de la ventilation qui devrait être opérée par le tirage du poêle.

Le sol de la localité est d'ailleurs bas et humide; le climat est très variable et tout à fait excessif : en hiver le froid varie de 20° à 30° Réaumur au-dessous de 0; en été la chaleur monte jusqu'à 40° Réaumur. La pêche constitue la principale occupation de cette population. Vetlianka est le centre d'un commerce de poissons, qui donne lieu à un grand mouvement, ce qui favorise la transmission et la propagation des maladies contagieuses.

La peste éclata à Vetlianka le 14 octobre 1878. Elle fut d'abord bénigne, car du 14 au 31 octobre il mourut seulement quatre individus.

La maladie s'aggrava peu à peu : du 1er au 30 novembre, on constata 19 décès. Au commencement de décembre, la mortalité s'éleva tout à coup à 12 victimes par jour; en dix-sept jours, la peste a fait 287 victimes; autant de malades, autant de morts : neuf médecins, un frère et une sœur de charité et le prêtre de la localité succombent.

La maladie ne dure que 12, 24 ou au plus 48 heures.

A dater du 28 décembre, commence la période de déclin, et le dernier cas de mort a lieu le 13 janvier 1880.

L'épidémie a donc duré trois mois. On a compté 434 cas de maladie, 373 morts, 61 guérisons. La mortalité a par conséquent été de 86 pour cent.

Encore faut-il rappeler qu'au flagrant de l'épidémie la mortalité a été de 100 pour cent, c'est-à-dire que pas un malade n'échappait.

Le caractère contagieux de la maladie s'est révélé avec une terrible évidence : pendant la violence de l'épidémie, tous ceux qui ont été en contact direct avec les pestiférés sont devenus malades, et tous sont morts sans aucune exception.

Un mot sur l'origine et la propagation de l'épidémie.

Comme nous l'avons dit, le premier cas de peste s'est montré à Vetlianka, le 14 octobre 1879. La victime s'appelait Mavra Pissareva.

Elle était partie le 9 octobre, au matin, pour Astrakhan, par bateau à vapeur; elle passa quatre jours dans cette ville, où la peste importée de la ville persane de Recht, avait régné épidémiquement, puis sporadiquement jusqu'au commencement de 1878. Mavra Pissareva devint malade à Astrakhan le quatrième jour, reprit le bateau à vapeur, arriva à Vetlianka le 14 octobre et y mourut le 17, avec les symptômes de la peste : elle communiqua la maladie à ses proches : 22 membres ou alliés de cette famille périrent de cette maladie. Il est donc permis de croire que la peste de Vetlianka y a été importée d'Astrakhan (1).

(1) Il faut constater pourtant qu'il y a une lacune, au moins apparente, entre les derniers cas de peste à Astrakhan, où la maladie n'au-

Quant à la propagation de la maladie dans les localités voisines, voici ce que l'on sait :

Le 11 décembre, le dr Döppner avait réclamé l'établissement d'un cordon sanitaire pour interrompre toute communication entre Vetlianka et les communes du voisinage. Il fut établi le 19 décembre, au soir; c'était trop tard : pendant plus de deux mois du règne de la peste à Vetlianka, les habitants du pays, comme les voyageurs étrangers, avaient pu entrer et sortir librement de cette localité; ils ne pouvaient manquer de transporter et de disséminer la maladie.

Rien de plus instructif que de suivre ces pérégrinations de la maladie de Vetlianka dans des localités indemnes jusque-là. Tantôt le voyageur emporte la peste dans les plis de son manteau: il arrive dans une Stanitza saine et, sans être malade, il empoisonne la famille qui l'accueille; plus souvent, il est lui-même le véhicule du contage: il le charrie dans son sang, il meurt en arrivant dans quelque village russe, ses hôtes le soignent, enterrent son cadavre et tombent le lendemain victimes de cette redoutable importation.

La peste de Vetlianka a été transportée dans six localités plus ou moins rapprochées. Je me borne à une histoire sommaire de la propagation de l'épidémie.

Prichibnoé, à 14 kilomètres N. O. de Vetlianka, à 1 kilo-

rait régné que jusqu'au commencement de 1878, et le séjour de Mavra Pissareva dans cette ville, où elle n'est arrivée qu'au mois d'octobre. Mais on sait que dans une grande ville il n'est pas toujours facile de constater exactement la fin d'une épidémie; d'un autre côté, les maisons et surtout les effets des pestiférés conservent longtemps le contage générateur de cette maladie. Quoi qu'il en soit, il y a là un *desideratum* qu'il serait peut-être difficile, mais certainement curieux de voir éclaircir complètement.

mètre du Volga, sur sa rive droite. Une jeune femme, originaire de Vetlianka y est allée pour pleurer ses parents morts dans cette commune; elle rentre à Prichibnoé le 5 décembre, tombe malade le 7, meurt le 11. Elle vivait avec son mari, quatre beaux-frères, son beau-père et sa belle-mère; ils sont tous frappés de la maladie; au bout de six jours, ils étaient morts tous, tous sans exception. En outre, deux belles-sœurs et un beau-frère furent frappés et tués à leur tour ; au bout de douze jours, il ne restait de la famille que la vieille grand-mère Russanova, qui vit encore aujourd'hui.

Des mesures rigoureuses, l'incendie de cinq maisons où s'étaient présentés des cas de peste, le système des cordons sanitaires et de la quarantaine ont arrêté la maladie sur place; elle n'a régné qu'une vingtaine de jours en faisant 16 victimes.

Stariskoë, à 100 kilomètres au Nord-Ouest de Vetlianka, à 2 kilomètres de la rive droite du Volga. Le 15 décembre, une femme y arrive de Vetlianka où elle est demeurée assez longtemps; elle tombe malade en arrivant et meurt le lendemain. La famille où elle avait reçu l'hospitalité se composait de neuf personnes : au bout de dix jours, sept avaient succombé à la peste. Deux femmes du village, parentes de cette famille, qui avaient assisté pendant sa maladie la personne venue de Vetlianka, furent également frappées à mort. Enfin, une vieille femme, qui avait aussi pénétré dans une des maisons infectées, succomba également.

L'épidémie fut arrêtée par des mesures rigoureuses. On brûla en outre les deux maisons qui avaient été habitées par les pestiférés.

En résumé, l'épidémie a duré 23 jours ; elle a frappé 13 personnes, dont 11 sont mortes et 2 ont guéri.

Silitrinoé, à 125 kilomètres de Vetlianka, sur la rive gauche du Volga. Un habitant de cette commune revenant de Vetlianka tombe malade le 19 décembre et meurt le 28. La maladie attaque quatre familles qui avaient des rapports entre elles, frappe 33 personnes, dont 31 succombent et 2 guérissent.

L'épidémie, qui avait duré 39 jours, fut arrêtée par les mêmes mesures.

Michaïlovska, situé sur la rive gauche du Volga, vis-à-vis de Vetlianka. Un habitant rentre de cette dernière localité le 16 décembre, tombe malade le 17 et meurt le 19. Sa femme et un de ses fils meurent en quatre jours. La maison est complètement interdite et isolée. Le dernier survivant de la famille, un jeune homme de 18 ans, est obligé d'enterrer seul son père, sa mère et son frère. Il est atteint lui-même, mais guérit sans soins.

Kammeny-lar, sur la rive droite du Volga, à 120 kilomètres de Vetlianka. Deux individus venant de Vetlianka sont morts de la peste. Ils avaient été immédiatement isolés. La maladie ne s'est pas propagée.

Udatchinoë, situé sur la rive gauche du Volga, vis-à-vis de Vetlianka et près de Michaïlovska, n'a eu qu'une seule victime, un garçon de 15 ans qui revenait de Vetlianka. On l'a séquestré et la maladie ne s'est pas propagée.

Dans les six communes atteintes par la peste, on n'est parvenu à arrêter la maladie que par deux mesures radicales : l'isolement absolu de toute maison contaminée et de ses habitants, et la désinfection par le feu ; on brûlait la maison avec tous les effets qui avaient appartenu aux pestiférés.

Tels sont les enseignements qui ressortent de l'étude de l'épidémie de Vetlianka au point de vue de ses symptômes, de sa contagiosité, de sa léthalité, de son origine et de sa propagation.

Mais il faut mettre en relief une conclusion pratique d'une importance plus générale et plus considérable.

L'histoire de cette épidémie prouve que jusque aujourd'hui il n'existe pas de traitement curatif de la peste. Tous les moyens mis en œuvre à Vetlianka et dans les communes environnantes ont été radicalement inefficaces. Et qu'on n'objecte pas que, dans ces contrées éloignées des centres d'instruction et des centres de secours, la thérapeutique n'est peut-être pas suffisamment éclairée ou suffisamment armée.

Les médecins qui ont sacrifié leurs soins et, presque tous, leur vie aux pestiférés des bords du Volga ont mis en œuvre toutes les ressources de la médecine moderne, et tous aboutissent à la désolante conclusion formulée par le docteur Dôppner : « c'est un mal au-dessus des ressources de la médecine : il ne reste d'autre ressource que de le prévenir. »

En réservant toutes les espérances, et je dirais volontiers les certitudes de l'avenir, car il me semble impossible que tant de travaux consacrés de nos jours à l'étude des maladies zymotiques n'aboutissent pas à des résultats pratiques considérables, il faut confesser notre impuissance à guérir la peste, et j'ajouterais volontiers à guérir le choléra si dans cette dernière maladie l'art ne venait souvent, avec fruit, au secours de la nature pour amener une réaction décisive.

Devant cette impuissance du traitement curatif, il faut

donc s'attacher à empêcher la genèse et la propagation de ces redoutables épidémies.

Il est consolant de constater que la prophylaxie s'est montrée, dans l'épidémie que nous étudions, d'une efficacité souveraine.

Nous avons vu qu'on a réussi à étouffer tous les foyers de peste par deux mesures énergiquement appliquées : l'isolement absolu des habitations contaminées et des sujets malades, et la désinfection des maisons et des effets des pestiférés, par un procédé sommaire mais infaillible, le feu (1).

Le gouvernement russe a déployé, dans ces circonstances difficiles, une énergie dont nous devons lui savoir un gré infini.

Sans les mesures radicales qu'il a prises, l'Europe serait peut-être aujourd'hui en proie à la peste. Cette appréciation pourrait paraître exagérée; mais le professeur Botkine n'a-t-il pas déclaré, avec l'assentiment de toutes les autorités médicales de St-Pétersbourg, « que la maladie de Vetlianka était bien la peste sous une de ses formes les plus dangereuses, celle qui est suivie de la mort noire, en un mot, la maladie qui a épouvanté le monde au XIV^e^ siècle! » D'un autre côté n'avons-nous pas constaté avec quelle rapidité elle s'est transmise, par contagion, à quinze, vingt, vingt-cinq lieues de son foyer primitif, alors que les cordons sanitaires n'étaient pas encore établis?

Le salut est donc dans la prophylaxie, et la prophylaxie se résume en deux mots : système quarantenaire et désinfection.

(1) Nous avons déjà dit que le gouvernement russe pourvoyait avec la plus grande sollicitude aux besoins des citoyens dépossédés et qu'il les indemnisait de toutes les pertes subies.

Au reste, tous les gouvernements de l'Europe l'ont reconnu : les documents que le Département de l'intérieur a transmis à notre Compagnie et dont nous avons fait le recensement devant vous, attestent que tous, sous l'inspiration des médecins les plus compétents, ont adopté ce double système de défense contre la peste de Russie.

Je me permets de croire que, si la conférence sanitaire internationale de Vienne se réunissait une seconde fois, elle consacrerait d'une manière beaucoup plus explicite qu'elle ne l'a fait en 1874 la haute valeur de ces mesures de préservation (1).

Je considère comme inutile d'entrer dans le détail des mesures quarantenaires et des moyens de désinfection. Je n'ai rien à ajouter aux considérations que j'ai eu l'honneur de vous présenter dans mon premier travail sur la peste (2).

— L'Académie, vu l'heure avancée, renvoie à la prochaine séance les communications suivantes qui sont portées à l'ordre du jour :

1° Une note de M. Thiry, retenu chez lui par une indisposition, sur *quelques effets de la syphilis héréditaire* ;

2° Un travail de M. Hicguet ayant pour titre : *Sarcome du rein gauche ; néphrectomie ; guérison.*

3° La présentation par M. Wasseige de quelques instruments d'obstétrique.

(1) J'ai résumé les délibérations de cette conférence dans un rapport inséré en 1875 au *Moniteur belge.*

(2) *Bulletin de l'Académie,* 3e série, t. XIII, p. 229.

Je recommande aux médecins curieux de plus amples détails sur la peste de Vetlianka la lecture du mémoire du dr Pétresco, médecin principal de l'armée roumaine, envoyé en mission par le gouvernement de Bucharest dans les localités infectées. C'est un travail de premier ordre.

— L'assemblée ajourne également les discussions annoncées.

IV. — TIRAGE AU SORT DES DIX MEMBRES CHARGÉS DE REPRÉSENTER L'ACADÉMIE, AVEC LE BUREAU, A LA RÉCEPTION ROYALE DU 1er JANVIER 1882.

Sont désignés : MM. Chandelon, Desguin, Wehenkel, Crocq, Masoin, Warlomont, Willems, Gille, Van Bambeke et Hairion.

Les membres et les correspondants qui voudront se joindre à la députation devront se trouver à midi au secrétariat de l'Académie.

(M. Lefebvre reprend la présidence.)

V. — NOMINATION D'UNE COMMISSION.

M. le président annonce que les sections se sont réunies avant la séance, afin de déléguer chacune le membre appelé à faire partie de la commission de présentation des candidats pour la prochaine élection de correspondants, etc., et qu'elles ont désigné :

La première, M. Boddaert;

La deuxième, M. Warlomont;

La troisième, M. Thiry;

La quatrième, M. Kuborn;

La cinquième, M. Van Bastelaer;

La sixième, M. Wehenkel.

— Cette commission sera présidée, conformément au deuxième paragraphe de l'article 19 du règlement, par le président de l'Académie.

VI. — INSTALLATION DU PRÉSIDENT ET DES VICE-PRÉSIDENTS ÉLUS POUR L'ANNÉE 1882.

M. Lefebvre, président, se lève et prononce le discours suivant :

« Messieurs, vous perdez une bonne fortune. Si l'excellent collègue qui devait quitter aujourd'hui le fauteuil de la présidence n'avait pas été retenu dans ses appartements par une indisposition, vous eussiez entendu une de ces allocutions, qui jaillissent à la fois de l'esprit et du cœur, dont il a le secret. Vous partagerez le regret que j'éprouve de devoir le remplacer. Appelé par un coup du hasard à transmettre les pouvoirs académiques à nos successeurs, je n'ai aucun titre pour prendre la parole dans cette solennité. Permettez-moi pourtant de vous retenir quelques moments. J'ai un devoir à remplir, un devoir de reconnaissance et de politesse. Si la gratitude et l'urbanité étaient bannies du monde, elles se retrouveraient encore, comme chez elles, au sein de la famille académique.

» Je vous remercie tous, messieurs et chers collègues. Pendant l'année qui s'achève, vous avez rendu, par votre extrême bienveillance, notre tâche facile, plus que facile, toujours agréable.

» Vous nous avez appelés à l'honneur, sans nous appeler à la peine.

» Je finis. Les destinées de l'Académie vont être remises en bonnes mains. Je salue avec bonheur l'aurore de la seconde année de notre restauration; l'Académie royale de médecine continuera à marcher, comme sous la présidence de celui qui nous manque en ce moment, dans la voie de la concorde et de la science. (*Applaudissements.*)

» J'invite M. le président Michaux et MM. les vice-présidents Depaire et Pigeolet à venir occuper les fauteuils du Bureau. »

M. Michaux monte sur l'estrade avec M. Pigeolet, second vice-président (M. Depaire ayant dû s'absenter), et après avoir donné l'accolade à l'honorable collègue qui lui cède le fauteuil, il prend la parole et s'exprime en ces termes :

« Messieurs et chers collègues,

« En prenant possession du fauteuil de la présidence, je tiens à vous renouveler mes remerciements pour l'insigne honneur que vous m'avez fait en m'élevant à cette dignité.

» Je comprends, messieurs, combien est lourde la tâche qui m'est dévolue, et je craindrais de ne pouvoir m'en acquitter à votre satisfaction, si vos suffrages unanimes ne m'avaient assuré votre bienveillant concours. Je compte donc sur ce concours si nécessaire et tout particulièrement sur l'assistance éclairée des deux éminents collègues que vous m'avez adjoints en qualité de vice-présidents, comme sur celle de notre zélé et expérimenté secrétaire.

» Mon intention n'est pas, messieurs, de faire un discours; je vous dirai seulement que, dans l'exercice de mes fonctions, je m'attacherai à être toujours parfaitement impartial; que je ne considérerai mes honorables collègues qu'au seul point de vue de la science, que je ne verrai donc devant moi que des académiciens. Je m'efforcerai enfin d'imiter les exemples donnés par mes honorables prédécesseurs qui ont dirigé avant tant de distinction les travaux de la Compagnie.

» Vous désirez certes, comme moi, messieurs et chers

collègues, que la réputation de l'Académie, depuis longtemps déjà si bien établie, tant à l'étranger que dans le pays, se consolide et grandisse de plus en plus. Laissez-moi vous rappeler que le plus sûr moyen d'atteindre ce but, c'est de redoubler de zèle dans nos recherches et de nous signaler soit par des communications scientifiques, soit par des rapports savants et bienveillants, soit enfin, et à la fois, en nous livrant à des discussions approfondies sur les questions à l'ordre du jour. » (*Applaudissements.*)

« Il me reste, messieurs, à m'acquitter d'un devoir bien agréable, en vous proposant de voter des remerciements à nos excellents collègues, MM. Thiry, Lefebvre et Kuborn, pour le zèle et le dévouement dont ils ont constamment fait preuve dans leurs fonctions respectives de président et de vice-président pendant l'exercice 1881. » (*Acclamations.*)

— La séance est levée à 2 heures et demie.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE. — Exercice 1880-1881. Bilan. — Rapport des secrétaires. — Listes nominatives. — Assemblée générale du 28 septembre 1881. Bruxelles, 1881; 8°.

FIRKET (C.). Étude histologique d'un enchondrome de la dure-mère. Paris, 1881; 8°.

GUÉRIN (J.). Discours prononcés à l'Académie de médecine de Paris, dans les séances des 11 octobre et 22 novembre 1881, relatifs à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes bovines. Paris, 1881; 2 broch. 8°.

MARCHAL et THÉVENOT. — Marchal. De la grossesse cervicale. — Thévenot (A.). Rapport sur ce mémoire fait à la Société de médecine de Paris. Paris, 1881; broch. 8°.

REPORT of the Proceedings of the fifth International pharmaceutical Congress, London, 1881. London, 1881; vol. 4°.

SCHIFFERS. Clinique médicale de M. le professeur Masius. — Du diagnostic de la persistance du trou ovale de Botal. — Du bruit de succussion hippocratique. Remarques sur l'empyème. Liége, 1881; 8°.

THÉVENOT (A.). Note sur un cas de pustule maligne, traitée par la teinture d'iode. Paris, 1881; 8°.

— Des pessaires à antéversion. Paris, 1881; 8°.

VON TROELTSCH (A.). Les maladies de l'oreille chez l'enfant; traduit de l'allemand par le dr C. Delstanche. Bruxelles, 1882; vol. 8°.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS

du quinzième volume (troisième série).

—

PREMIÈRE PARTIE.

TABLE DES MATIÈRES.

Académie. — Bureau d'administration, année 1881, V. — Liste des membres et des correspondants, au 1er janvier 1881, VI. — Membres et correspondants décédés, XIV.

— (Séance de l') du 29 janvier, 17 ; du 26 février, 137 ; du 26 mars, 233, du 30 avril, 349; du 28 mai, 449; du 25 juin, 505; du 30 juillet, 543; du 24 septembre, 741 ; du 29 octobre, 813 ; du 26 novembre, 861 ; du 10 décembre, 909; séance fixée au 24 décembre, 946 ; séance du 24 décembre, 949.

— Comités secrets : 122, 196, 347, 409, 501, 559, 655, 808, 946.

— royale des sciences, des lettres, etc., de Belgique. — Cartes d'invitation à la séance publique de la classe des beaux-arts, 814; de la classe des sciences, 909.

Affections typhoïdes. — Épizooties d'affections typhoïdes qui ont sévi parmi les chevaux du 2e régiment de guides, en garnison à Tournai, pendant les années 1879-1880 et 1880-1881 ; par M. Hugues, 598.

Alcoolisme. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Mora relatif à l'alcoolisme ; M. Barella, rapporteur, 751.

Ammoniaque. — Emploi thérapeutique de l'ammoniaque, de ses sels et de ses composés ou mélanges ammoniacaux complexes (aperçu du travail); par M. Melsens, 351.

Ankylose. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. Servais, intitulé : Section sous-cutanée du col fémoral, à l'effet de détruire l'ankylose vicieuse de la hanche; M. Deneffe, rapporteur, 465; observations de M. Borlée, 475; de M. Deneffe; 475, 476, 477; de M. Warlomont, 476, 477; de M. Decaisne, 476; de M. Soupart, 477.

— (voir Opéré.)

Anthropométrie. — Rapport de la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Jansen, intitulé : Etude d'anthropométrie au point de vue de l'aptitude au service militaire; M. Hairion, rapporteur, 965; observations de MM. Desguin, Barella, Warlomont, Lefebvre, Hairion, Michaux et Pigeolet, 991.

Arrêtés royaux (voir Statuts et Élections).

Art dentaire. — Circulaire de M. Laskowski, informant que le gouvernement vient de créer à Genève, une École scientifique et professionnelle d'art dentaire, 814.

Asthme. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la communication de M. Gerards, concernant un remède de l'asthme essentiel; M. Kuborn, rapporteur, 823.

Barella. — Demande de M. Barella, membre titulaire de la 1re section, de passer dans la 4e, 454; vote sur la proposition du bureau d'accueillir cette demande, 539; dépêche ministérielle relative au passage de M. Barella de la 1re à la 4e section, 543.

Bassin. — Rapport de la commission qui a examiné l'observation de M. Vanden Bosch, intitulée : Bassin rachitique cypho-scoliotique, etc.; M. Pigeolet, rapporteur, 818; travail de M. Vanden Bosch, 849.

Borginon. — Hommage d'un exemplaire des œuvres réunies de Lister, qu'il a traduites de l'anglais, 910.

Bouillaud, membre honoraire; sa mort, 862.

Bureau de l'Académie. — Élection du président et des vice-présidents de l'Académie, ajournée, 809; faite 832, 904; installation du président et des vice-présidents élus pour l'année 1882;

discours de M. Lefebvre, 1er vice-président sortant et de M. Michaux, président installé, 1012.

CAISSE de pensions (voir Patronage moral).

CAMBRELIN, membre honoraire ; sa mort, 234.

CANDIDATURES au titre de correspondant, de M. Guéneau de Mussy, 138; de M. Alison, 138, 910; de M. Faustin Roël, 138; de M. Romero y Linares, 350; de M. Vitantonio Giampietro, 544; de M. Zundel, 743; de MM. Dessart, Pereira de Abreu et Levi, 744; de M. Capart, 863.

— au titre de membre titulaire (voir Sections).

CARTES d'admission dans la salle de travail du bureau de traduction établi au Ministère de l'Intérieur, adressées pour les membres de l'Académie, 17.

COMMISSION de comptabilité, V; dépôt du rapport de la commission sur la gestion du bureau pendant l'année 1880, 347, 410; nomination de la commission qui aura à faire rapport sur la gestion de l'année 1881, 904.

— des épidémies et des épizooties, V.

— Nomination de la commission de présentation de candidats pour la prochaine élection de correspondants, etc., 1014.

COMMUNICATIONS du gouvernement. — 17, 137, 234, 349, 449, 505, 543, 741, 813, 861, 909, 949.

CONCOURS. — Programme du concours sur l'histoire des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie, 122; dépêche ministérielle approuvant les résolutions prises par l'Académie relativement à ce concours, 196.

— ouvert sur le rachitisme, l'ostéomalacie, etc., resté sans réponse, 454.

— Dépôt du rapport de la commission du concours relatif à l'alcoolisme; M. Kuborn, rapporteur, 539; rapport, 655; décision de l'Académie, 714.

— Organisation du nouveau concours relatif à l'alcoolisme, 808.

— Programme des concours de l'Académie, 197.

— Programmes de concours, adressés à l'Académie par des corps savants, 19, 235, 456, 506, 544, 814, 910.

CONGRÈS. — Informations relatives au 2e congrès international des

anti-vaccinateurs, 545 ; circulaire invitant les médecins, publicistes, etc., à assister à ce congrès, 814.

Congrès. — Cartes d'invitation au congrès scientifique de Namur pour la propagation de l'éducation physique et citoyenne, adressées à l'Académie, 742.

Correspondants (voir Motion d'ordre et Commission).

De Liége, sténographe de l'Académie ; son décès, 18.

Desguin, élu membre titulaire, 831 ; arrêté royal agréant sa nomination, 861 ; remercîments de M. Desguin, 865.

Diphthérie. — Dépêche ministérielle transmettant une lettre de M. le Consul de Belgique, à Nuremberg, qui signale un remède de la diphthérie, 233.

— La diphthérie et son traitement ; par M. Cousot, 477.

Élections de membres titulaires dans les 2e, 3e, 4e et 5e sections, ajournées, 809 ; faites, 831 ; élections dans les 1re et 2e sections, 905 ; expédition des arrêtés royaux agréant les élections de membres titulaires, 861, 949.

Épidémies (voir Maladies infectieuses).

Épizooties (voir Affections typhoïdes).

Exposition nationale. — Médaille commémorative de l'Exposition nationale de 1880 et diplôme constatant que l'Académie y a pris part, transmis par la commission directrice de ladite Exposition, 909.

Fièvre typhoïde. — Rapport de la commission des épidémies sur la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1879, dans la commune de Couthuin, etc. ; M. Lefebvre rapporteur, 142 ; relation de cette épidémie, faite par M. Putzeys, au nom des délégués de la commission médicale de la province de Liége, 200 ; discussion du rapport ajournée, 826.

Fractures. — Rapport de la commission chargée de l'examen de la note de M. Germain, intitulée : Quelques considérations pratiques pour prévenir la consolidation vicieuse des fractures, surtout chez les enfants ; M. Soupart, rapporteur, 140.

Génération spontanée. — La génération spontanée, la panspermie et l'évolution, à propos d'un cas de variole spontanée ; par M. Boëns, 546 ; observations de MM. Warlomont, Boëns, Crocq, Thiry, Lefebvre et Barella, 568.

GROSSESSE. — Rapport de la commission qui a examiné l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine, soumise à l'Académie par M. Warnant ; M. Pigeolet, rapporteur, 21.

— Discussion de la question de l'incoercibilité des vomissements pendant la grossesse ; observations de M. Craninx, 825.

HAMBURSIN, élu membre titulaire, 905 ; arrêté royal agréant sa nomination 909 ; remercîments de M. Hambursin, 909.

HERNIE inguinale, constituée par la plus grande partie de la masse intestinale, etc. ; par M. Thiry, 507.

HERTWIG, membre honoraire ; sa mort, 742.

HOMOEOPATHIE. — Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le mémoire de M. Stappaerts, intitulé : Examen du système de Hahnemann ; M. Warlomont, rapporteur, 357 ; observations de M. Thiernesse, 371, 372, 377, 383 ; de M. Crocq, 372, 378 ; de M. Warlomont, 372, 381 ; de M. Thiry, 375.

HYSTÉRO-TRACHÉLORRAPHIE. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Walton, traitant de l'hystéro-trachélorraphie ; M. Pigeolet, rapporteur, 799.

INOCULATION (voir Péripneumonie des bêtes bovines).

JURY (voir Prix quinquennal).

KYSTES. — Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. Faucon, sur le traitement des kystes synoviaux de la main et du poignet par la méthode antiseptique ; M. Soupart, rapporteur, 384 ; travail, 417 ; (voir Motion d'ordre).

LARONDELLE, correspondant, sa mort, 455.

LAUSSEDAT, membre honoraire (Compte rendu de l'inauguration du monument érigé, à Moulins, à la mémoire du dr Louis), 748.

LECTURES ajournées, 911, 1010.

LETTRE de condoléance adressée à M. De Roubaix, à l'occasion de la perte qu'il a faite de son fils, M. le dr Eug. De Roubaix, 137.

LINIMENT anti-variolique. — Rapport de M. Janssens sur la note de feu le dr Wilbaux, relative à un liniment anti-variolique, 461.

LITHECTASY (voir Taille périnéale).

MALADIES INFECTIEUSES. — Rapport de la commission des épidémies sur les documents relatifs aux maladies infectieuses qui sévissent dans certaines contrées de l'Asie, etc., soumis à l'Aca-

démie par M. le Ministre de l'Intérieur; M. Lefebvre, rapporteur 520.

Maladies infectieuses. — Rapport de la commission des épidémies sur divers documents communiqués par M. le Ministre de l'Intérieur, relativement à des épidémies qui ont sévi dans certaines contrées de l'Orient; M. Lefebvre, rapporteur, 993.

Masius, élu membre titulaire, 905; arrêté royal agréant sa nomination, 909; remercîments de M. Masius, 909.

Matrice. — Communication de M. Hyernaux, relative à l'extirpation de la matrice et à la présentation d'un nouvel instrument pour cette opération, 827.

Mattei, correspondant à Paris; sa mort, 138.

Médecins étrangers. — Lettre du cercle médical d'Anvers, demandant que l'Académie veuille bien appuyer auprès du gouvernement la réclamation qu'il lui a adressée au sujet de l'admission des médecins étrangers à exercer leur art en Belgique, 236; observations de M. le président, 236, 249, 253; de M. Martin, 237; de M. Warlomont, 238; de M. Barella, 238; de M. Kuborn, 239; de M. Craninx, 250; de M. Michaux, 251; de M. Thiernesse, 253; de M. Lefebvre, 253. — Conclusions du rapport de 1879, rappelées à l'attention du gouvernement, 254.

Motion d'ordre de M. Kuborn à l'occasion des distinctions honorifiques, accordées récemment à des membres de l'Académie, 459.

— de M. Borlée, au sujet de la discussion ouverte sur le pansement des plaies, 460.

— de M. Soupart relative à une opération, pratiquée par M. Decaisne et communiquée à l'Académie, dont il n'a pas été fait mention dans le rapport sur le mémoire de M. Faucon traitant des kystes synoviaux tendineux de la main, etc., 457.

— de M. Warlomont, tendant à ce qu'il soit procédé le plus tôt possible à l'élection de correspondants, 910.

— de M. Martin, tendant à ce que l'Académie charge un de ses membres de faire un rapport sur le compte rendu des travaux du congrès international de l'alcoolisme, tenu à Bruxelles, en août 1880, 196.

MOTION D'ORDRE. — (Voir Viandes).

OBJETS d'ordre intérieur soumis à l'Académie, 946.

OPÉRÉ. — Présentation d'un opéré, par M. Servais, 528.

OUVRAGES PRÉSENTÉS, 135, 228, 348, 445, 502, 541, 738, 810, 860, 906, 1015.

OVARIOTOMIE. — Relation imprimée d'un cas très intéressant d'ovariotomie, offerte par M. Hubert, 864.

— Présentation par M. Golenvaux de deux femmes sur lesquelles l'ovariotomie a été pratiquée avec succès, pendant la gestation, 894.

PAIN. — Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. Hugo, intitulé : Sur quelques obligations incombant aux corporations municipales, relativement à la fabrication du pain; M. Depaire, rapporteur, 255.

— de gluten, soumis à l'Académie par M. Wielemans-Duflot, 743.

PATRONAGE MORAL. — Demande du comité directeur de la caisse des pensions du corps médical belge d'obtenir le patronage moral de l'Académie, 19; proposition du bureau relative à cette demande, 138.

PÉRIPNEUMONIE contagieuse des bêtes bovines (De la non récidive de la); par M. Willems; ajournement de la communication 122; travail, 156.

— L'inoculation critère; par M. Willems, 584.

— (Communication verbale de M. Willems, relativement à la question de priorité de l'inoculation préventive de la), 805.

— (Lettre de M. Boëns au sujet de la question de priorité, relativement à l'invention de l'inoculation de la), 815.

— Lettre de M. Jules Guérin, relative à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, 957; observations de M. Willems, à ce sujet, 958.

PESTE. — Résolutions, prises en 1879 par l'Académie, rappelées au gouvernement, 453.

— Rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. Zundel sur la peste ou distomatose des écrevisses; M. Wehenkel, rapporteur, 815; travail de M. Zundel, 853.

PHOSPHORE. — Rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. Félix sur l'action physiologique et thérapeutique

du phosphore; M. Kuborn, rapporteur, 771; observations de M. Depaire, 794; de M. Kuborn, 795, 824; de M. Warlomont, 796; de M. Du Moulin, 797, 825; demande de M. Félix de pouvoir faire prendre copie de son mémoire sur le phosphore, 814; exemplaires de ce mémoire envoyé par l'auteur, 863. — Discussion du rapport; observations de M. Kuborn, 878; de M. Du Moulin, 881; de M. Depaire, 891; de M. Deneffe, 892. — Observations de M. Félix au sujet du rapport et de la discussion dont il a été l'objet, 959; propositions et considérations émises à l'occasion de ces observations, 959, 960.

PHOSPHORE. — Discussion de la question de l'action physiologique et thérapeutique du phosphore; observations de M. Du Moulin, 940.

PHRÉNOPATHIES. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la nouvelle édition de l'ouvrage de feu Guislain sur les phrénopathies, annotée et publiée par M. Ingels; M. Masoin rapporteur, 354; résumé de ce que cette nouvelle édition contient de nouveau; par M. Ingels, 411.

PILOCARPINE. — Discussion des communications de M. Hyernaux, concernant l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine en obstétrique, rayée de l'ordre du jour, 826.

PLAIES. — Discussion sur le pansement des plaies ajournée, 122; observations de M. Borlée et Willième, 529.

PLEUROPNEUMONIE (voir Péripneumonie).

PLÈVRES. — Discussion du rapport de la commission qui a examiné le travail de M. Nicolisch, relatif aux épanchements purulents dans les plèvres, rayée de l'ordre du jour, 826.

PLI CACHETÉ, adressé par M. Casse avec demande d'en accepter le dépôt, 814.

PRÉSENTATION (voir Opéré).

PRÊTE-NOMS. — Communication de M. Depaire sur les prête-noms en pharmacie, 864; observations de M. Martin, 874, 876; de M. Gille, 874, 929; de M. Van Bastelaer, 875, 911, 930, 934, 938; de M. Bellefroid, 876, 877; de M. Hairion, 876; de M. Deneffe, 876; de M. Willième, 876, 931; de M. Lefebvre, 877; de M. Depaire, 878, 934; de M. Vleminckx, 920, 932. —

Exemplaire d'un rapport sur la question des prête-noms, présenté à l'Académie et à ses membres par M. Anneessens, 910.

PRÊTE-NOMS. — Dépêche de M. le Ministre de l'Intérieur, à laquelle est annexé un document relatif aux prête-noms en pharmacie, 949; observations de M. Depaire, à ce sujet, 954.

PRISON DE CHARLEROI (Rectification faite par M. Boëns, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde qui, d'après M. Barella, aurait sévi dans la), 742; réponse de M. Barella aux observations de M. Boëns, 750.

PRIX DE 300 FRANCS. — Dépôt du rapport de la commission chargée d'apprécier, au point de vue des prix de 300 francs, les travaux présentés en 1878; M. Bribosia, rapporteur, 410; discussion de ce rapport, 501, 540; remercîments de MM. Delstanche et Loiseau, pour les prix qui leur ont été accordés, 541.

— (Discussion de la proposition du Bureau, de supprimer les), 347; question proposée par le Bureau pour le concours à ouvrir en remplacement des prix de 300 francs, 410.

— de 1000 francs à décerner en 1882, par la Société de médecine de Bordeaux, 19.

— quinquennal des sciences médicales. — Liste de candidats demandée par le gouvernement, 137; élection, 196; expédition de l'arrêté royal nommant les membres du jury, 505.

PROCÈS-VERBAL (Rectification demandée par M. Willième au 5e § de la page 134 du), 949.

PUBLICATIONS offertes par M. le Ministre de l'Intérieur, 17, 137, 233, 349, 449, 505, 543, 741, 813, 861, 909.

— offertes par M. le Ministre de l'Instruction publique, 349.

— dont il est fait hommage à l'Académie (voir Ouvrages présentés).

RÉCEPTION ROYALE. — Tirage au sort des dix membres chargés de représenter l'Académie, avec le Bureau, à la réception royale du 1er janvier 1882, 1011.

RECUEILS périodiques reçus en 1880, 124.

RÉSUMÉ, fait par M. Van den Corput, de quelques publications, offertes par M. Levi à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, 744.

— fait par M. Depaire, d'un ouvrage offert à l'Académie, par M. Lalieu, 748.

Rizzoli. — Exemplaire de la médaille gravée pour perpétuer le souvenir de feu Rizzoli, membre honoraire à Bologne, offert par M. Janssens, 139.

Salles d'école (Note sur le chauffage des); par M. Kuborn, 497.

Sections. — Nomination des présidents et des secrétaires des sections pour l'année 1882, 830.

— Réunion des sections, fixée à l'effet d'arrêter les listes de candidats aux sièges de membre titulaire, 450; communication de rapports ayant pour objet la présentation de candidats, 539, 808; discussion de ces rapports, 714, 831.

— Réunion des 3e et 6e sections, fixée au 24 décembre 1881, à l'effet d'arrêter respectivement une question à mettre au concours, 946.

Sensations. — Note physiologique sur le mécanisme des sensations, tendant à démontrer qu'il n'y a ni fluide nerveux, ni fluide électrique, ni fluide lumineux indépendant de la constitution propre des corps de l'univers; par M. Boëns, 171; observations de M. Melsens et de M. Boëns, 184.

Skoda, membre honoraire; sa mort, 506.

Spallanzani (Circulaire relative au monument à ériger à), 235.

Statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise, et tableaux nosologiques des décès de la ville de Bruxelles, année 1880; par M. Janssens, 351, 715.

Statuts et règlement de l'Académie (Dépêches ministérielles relatives à la revision des), 122, 347; expédition des arrêtés royaux approuvant les statuts et le règlement, 450.

Taille périnéale. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. Servais, intitulé : Lithectasy, ou taille périnéale avec dilatation; M. Deneffe, rapporteur, 465.

Travaux manuscrits ou imprimés, soumis à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur (rapport sur une épidémie de variole), 453; (maladies infectieuses, en Asie, en Afrique, etc.), 454, 505, 741, 862; (propriétés thérapeutiques des eaux du lac Lacul-Sarat), 741.

— soumis à l'Académie par M. Wilbaux (liniment anti-variolique), 19; par M. Walton (hystéro-trachélorraphie), 351; par M. Zundel (peste des écrevisses), 455; par M. Gailliard (publication),

455; par M. Vanden Bosch (bassin cyphotique), 506; par M. Dejace (variole), 743; par M. Petit (25 années de pratique chirurgicale), 863.

Travaux soumis à l'Académie, et renvoyés aux auteurs, à leur demande, (M. Stappaerts), 18; (M. Semal), 506; travaux transmis de nouveau à l'Académie, après des modifications faites par les auteurs (M. Félix), 235; (M. Semal), 863.

Vaccination. — Attention de l'Académie attirée par M. Boëns sur le contre-projet de loi, visant les vaccinations, qui termine une brochure, offerte par M. Pigeon, 455.

Vaccination et revaccination. — Lettre du Bureau faisant connaître les résolutions prises par l'Académie au sujet de la vaccination et de la revaccination, et réponse de M. le Ministre de l'Intérieur à cette communication, 450.

Vaccine. — Rapport de la commission chargée de l'examen des questions ressortissant à la vaccine; M. Warlomont, rapporteur, 37, discussion du rapport; observations de M. Boëns, 258, 323, 333; de M. Warlomont, 320, 324, 325, 332, 344; de M. Lefebvre, 325; de M. Craninx, 326, 340; de M. Crocq, 335; de M. Barella, 341; de M. Pigeolet, 342; de M. Deneffe, 343; de M. Masoin, 346.

— Publications, lettre et note, concernant la vaccine, adressées par M. Boëns, 18, 33.

Van Bambeke, élu membre titulaire, 905; arrêté royal agréant sa nomination, 909; remercîments de M. Van Bambecke, 909.

Van Bastelaer, élu membre titulaire, 801; arrêté royal agréant sa nomination, 861; remercîments de M. Van Bastelaer, 863.

Van Helmont (Dépêche ministérielle relative au monument à élever à), 122.

Variole. — Statistique des cas de variole qui ont été traités à l'hôpital de Gand, pendant une petite épidémie qui a régné en cette ville, en 1881; par M. Du Moulin, 803.

— Résumé du rapport de la commission des épidémies sur la communication faite par M. le Ministre de l'Intérieur, concernant la relation de l'épidémie de variole qui a sévi à Bercheux, etc.; M. Janssens, rapporteur, 821; dépêche ministé-

rielle, à l'occasion du rapport de M. Janssens qui lui a été transmis, 862.

VARRENTRAPP. — Lettre du président du comité qui s'est constitué à Francfort s/M., pour organiser le 50e anniversaire du doctorat de M. Varrentrapp, membre honoraire, 454; remerciments de ce membre, pour les félications qui lui ont été adressées, 863.

VIANDES. — Proposition de M. Depaire, relative aux viandes destinées à l'alimentation, 962; observations de M. Wehenkel, 963.

VIDAL (Exposé des titres et des travaux scientifiques de M.), et publications qu'il a offertes, 20.

WASSEIGE, élu membre titulaire, 831; arrêté royal agréant sa nomination, 861; remerciments de M. Wasseige, 863.

WILLEMS, élu membre titulaire, 831; arrêté royal agréant sa nomination, 861; remerciments de M. Willems, 863.

DEUXIÈME PARTIE.

TABLE DES AUTEURS.

BARELLA. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Mora, relatif à l'alcoolisme, 751.

— Réponse à la rectification faite par M. Boëns, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la prison de Charleroi, 750.

BOENS. — Lettre et note relative à la vaccine, 33.

— Note physiologique sur le mécanisme des sensations, tendant à démontrer qu'il n'y a ni fluide nerveux, ni fluide électrique, ni fluide lumineux indépendant de la constitution propre des corps de l'univers, 171.

— La génération spontanée, la panspermie et l'évolution, à propos d'un cas de variole spontanée, 546.

— Rectification faite, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde, qui, d'après M. Barella, aurait sévi dans la prison de Charleroi, 742.

COUSOT. — La diphthérie et son traitement, 477.

DENEFFE. — Rapport de la commission à laquelle ont été renvoyés les travaux de M. Servais, intitulés : 1° Lithectasy; 2° Section sous-cutanée du col fémoral, à l'effet de détruire l'ankylose vicieuse de la hanche, 465.

DEPAIRE. — Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. Hugo, intitulé : Sur quelques obligations incombant aux corporations municipales relativement à la fabrication hygiénique du pain, 255.

— Résumé d'un ouvrage, offert à l'Académie par M. Lalieu, 748.

— Communication sur les prête-noms en pharmacie, 864.

— Proposition relative aux viandes destinées à l'alimentation, 962.

Du Moulin. — Statistique des cas de variole traités à l'hôpital de Gand, pendant une petite épidémie qui a régné en cette ville, en 1881, 803.

Faucon. — Contribution à l'étude du traitement des kystes synoviaux tendineux de la main et du poignet par la méthode antiseptique, 417.

Golenvaux. — Présentation de deux femmes sur lesquelles l'ovariotomie a été pratiquée avec succès, pendant la gestation, 894.

Guérin (Jules). — Lettre relative à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, 957.

Hairion. — Rapport de la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Jansen, intitulé : Étude d'anthropométrie au point de vue de l'aptitude au service militaire, 965.

Hugues. — Epizooties d'affections typhoïdes qui ont sévi parmi les chevaux du 2e régiment de guides, en garnison à Tournai, pendant les années 1879-1880 et 1880-1881, 598.

Hyernaux. — Communication relative à l'extirpation de la matrice et à la présentation d'un nouvel instrument pour cette opération, 827.

Ingels. — Leçons orales sur les phrénopathies, par M. Guislain, 2e édition annotée (résumé), 411.

Janssens. — Statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise et tableaux nosologiques des décès de la ville de Bruxelles, année 1880, 715.

— Rapport sur la note de feu le Dr Wilbaux, relative à un liniment anti-variolique, 461.

— Résumé du rapport de la commission des épidémies sur la communication faite par M. le Ministre de l'Intérieur, concernant la relation de l'épidémie de variole qui a sévi à Bercheux, etc., 821.

Kuborn. — Note sur le chauffage des salles d'école, 497.

— Rapport de la commission chargée d'apprécier les mémoires adressés en réponse à la question du concours relatif à l'alcoolisme, 655.

— Rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. Félix sur l'action physiologique et thérapeutique du phosphore, 771.

KUBORN. — Rapport de la commission qui a examiné la communication de M. Gerards, concernant un remède de l'asthme essentiel, 823.

LEFEBVRE. — Rapport de la commission des épidémies sur la relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi, en 1879, à Couthuin, etc., 142.

— Rapport de la commission des épidémies sur les documents relatifs aux maladies infectieuses qui sévissent dans certaines contrées de l'Asie, etc., soumis à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur, 520.

— Rapport de la commission des épidémies sur divers documents communiqués par M. le Ministre de l'Intérieur, relativement à des épidémies qui ont sévi dans certaines contrées de l'Orient, 993.

MASOIN. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la nouvelle édition de l'ouvrage de feu Guislain sur les phrénopathies, annotée et publiée par M. Ingels, 354.

MELSENS. — Emploi thérapeutique de l'ammoniaque, de ses sels et de ses composés ou mélanges ammoniacaux complexes (aperçu du travail); 351.

PIGEOLET. — Rapport de la commission qui a examiné l'observation d'un cas de grossesse extra-utérine, soumise à l'Académie par M. Warnant, 21.

— Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Walton, traitant de l'hystéro-trachélorraphie, 799.

— Rapport de la commission qui a examiné l'observation de M. Vanden Bosch, intitulée : Bassin rachitique cypho-scoliotique, etc., 818.

PUTZEYS. — Rapport fait à la Commission médicale de la province de Liége, au nom de trois de ses membres, délégués par elle, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1879, dans la commune de Couthuin, 200.

SERVAIS. — Présentation d'un opéré, 528.

SOUPART. — Rapport de la commission chargée de l'examen de la note de M. Germain, intitulée : Quelques considérations pratiques pour prévenir la consolidation vicieuse des fractures, surtout chez les enfants, 140.

SOUPART. — Rapport de la commission chargée de l'examen du travail de M. Faucon, sur le traitement des kystes synoviaux de la main et du poignet par la méthode antiseptique, 384.

THIRY. — Hernie inguinale, constituée par la plus grande partie de la masse intestinale, etc., 507.

VANDEN BOSCH. — Bassin rachitique cypho-scoliotique, 849.

VANDEN CORPUT. — Résumé de quelques publications, offertes par M. Levi à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, 744.

WARLOMONT. — Rapport de la commission chargée de l'examen des questions ressortissant à la vaccine, 37.

— Rapport de la commission qui a été chargée d'examiner le mémoire de M. Stappaerts, intitulé : Examen du système de Hahnemann, 357.

WASSEIGE. — Ablation d'une tumeur kystique, d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche, etc., 394.

WEHENKEL. — Rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. Zundel sur la peste ou distomatose des écrevisses, 815.

WILLEMS. — De la non-récidive de la pleuropneumonie contagieuse des bêtes bovines, 156.

— L'inoculation critère, 584.

— Communication verbale, relativement à la question de priorité de l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse des bêtes bovines, 805.

— Observations au sujet de la lettre de M. Jules Guérin, relative à l'inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse de l'espèce bovine, 958.

ZUNDEL. — La peste ou distomatose des écrevisses, 833.





