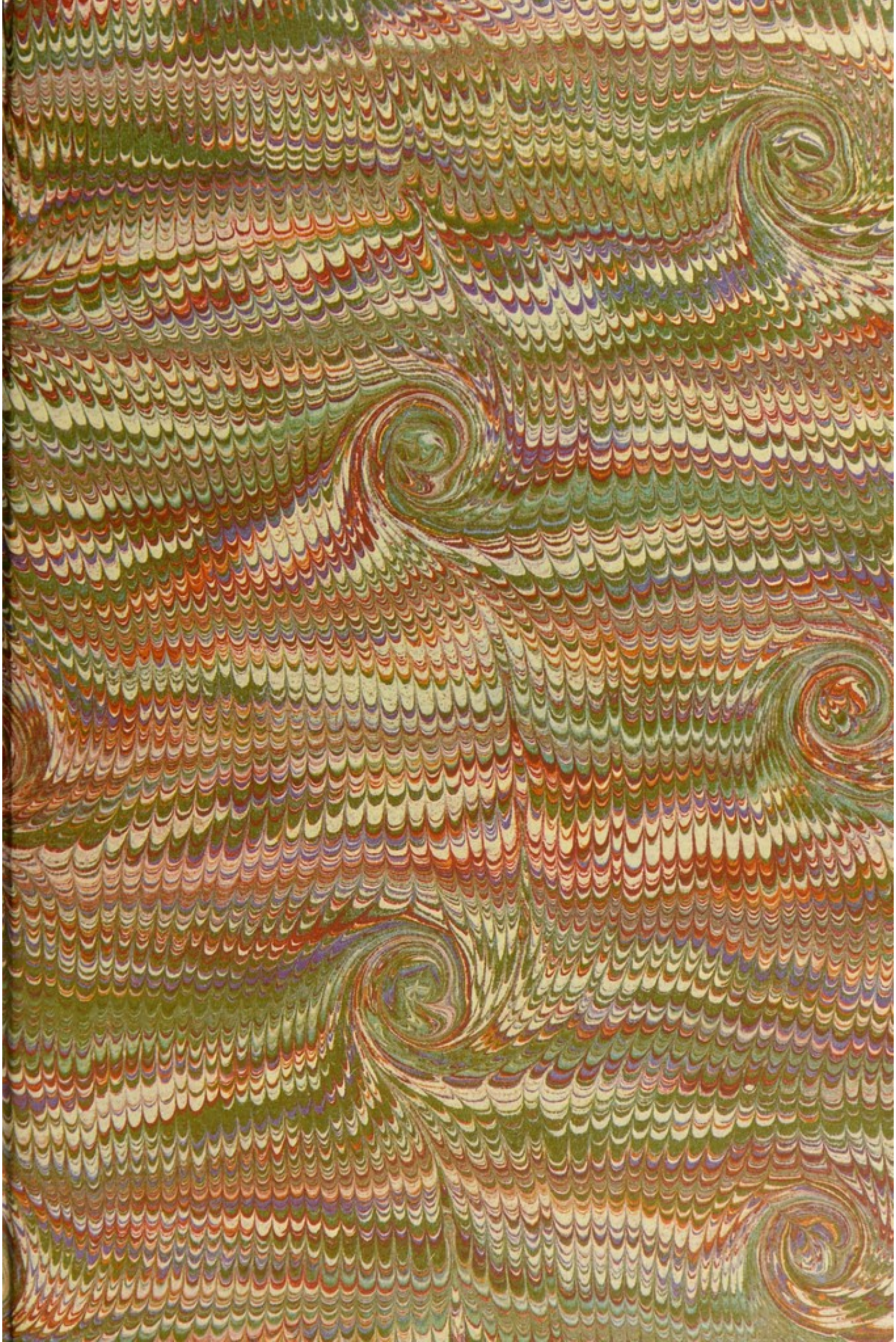

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 *avril* 1838,

Par LÉON LE BARBANCHON, de Saint-Lô
(Manche).

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours!

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET Cᵉ,
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	.....
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET, Président. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU, Examinateur.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BÉRARD (AUGUSTE).
BOUCHARDAT.
BOYER (PHILIPPE).
BROUSSAIS (CASIMIR).
BUSSY.
DALMAS.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GUÉRARD.
GUILLOT, Examinateur.

MM. JOBERT.
LAUGIER.
LESUEUR, Examinateur.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
REQUIN.
ROBERT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Témoignage public de mon amour et de ma vive reconnaissance.

L. LE BARBANCHON.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I. — Quelles sont les principales familles de plantes qui fournissent des médicaments amers et toniques? Indiquer celles des espèces de ces familles qui sont le plus fréquemment usitées.

II. — Quel est le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale?

III. — Quels sont les moyens de traitement à employer contre les fistules salivaires?

IV. — Faire connaître les principales éruptions pustuleuses qui peuvent affecter le visage et établir leur diagnostic différentiel.

I.

Quelles sont les principales familles des plantes qui fournissent des médicaments amers et toniques? Indiquer celles des espèces de ces familles qui sont le plus fréquemment usitées.

Désignés autrefois sous les noms de *cordiaux*, de *fortifiants*, les *toniques* (de τόνος, *ton, rigidité*) comprennent toutes les substances capables de ranimer le ton ou la vitalité des organes, afin d'en rendre l'action plus énergique et plus durable.

Cette classe si nombreuse de médicaments, admise depuis des siècles, préconisée par Brown, et jouissant d'une grande faveur populaire, peut se diviser en deux ordres principaux : 1° toniques amers;

2° toniques astringents. Cette division repose sur leur mode d'action thérapeutique, qui, du reste, est soumis d'une manière remarquable aux influences de l'habitude, et qui varie singulièrement lorsqu'on administre ces substances dans l'état de santé ou de maladie sur un habitant du nord ou du midi. Les adjectifs *amers* et *astringents* caractérisent assez chacun de ces ordres pour qu'il ne soit pas besoin de les définir.

Les toniques amers, très-peu aromatiques, doivent, en général, leur saveur caractéristique et leurs propriétés surtout à la présence de matières extractives variables, et d'alcalis ordinairement combinés à de nombreuses substances, que les chimistes ont pu, dans ces derniers temps, isoler et étudier d'une manière complète : ainsi, grâce aux travaux de MM. Pelletier et Caventou, la famille des *rubiacées*, originaire du Pérou, a doté la thérapeutique de la *quinine* et de la *cinchonine*, extraits en proportions diverses des différentes écorces des *quinquinas*. Enumérer leurs vertus, ce serait passer en revue la plus grande partie du cadre nosologique ; car, privée de leur puissant secours, que ferait la médecine contre toutes ces affections terribles qui emportent les malades au bout de quelques accès, ou qui minent lentement des populations entières ?

A côté de ces fébrifuges héroïques, nous citerons, dans la famille des *rutacées*, le *quassia amara* et le *quassia simarouba*, d'une saveur extrêmement amère, sans aucun mélange d'âcreté ou d'astringence. Ces arbres, qui croissent à Surinam et à la Caroline, et dont on emploie l'écorce et la racine, ne sont pas, comme beaucoup d'autres toniques, sujets à occasionner des déjections alvines, à provoquer des nausées ou le vomissement quand on commence à s'en servir : aussi peuvent-ils être très-utiles dans la dernière période de la dyssenterie, et dans certaines diarrhées chroniques. L'*angusture vraie*, écorce du *cusparia febrisfuga*, vantée par John Wilkinsou, comme succédanée du *quinquina*, abandonnée, suivant Foy, par tous les praticiens français, et qui surtout doit être distinguée avec soin de la *brucine*, poison excitant énergique du système nerveux.

Parmi les substances douées de propriétés amères et toniques, la thérapeutique compte le *colombo* (*menispermum palmatum*), de la famille des *ménispermées*, racine introduite dans la matière médicale vers le milieu du siècle dernier, et analysée par Wittslock qui en a retiré, entre autres substances, un principe amer (colombine), d'une grande activité sur l'économie animale. Cette substance, dont on prépare, à l'aide de l'alcool, un extrait, était regardée jadis comme un puissant stomachique.

Viennent ensuite les amers indigènes, tels que la *grande gentiane* (*gentiana lutea*), d'où MM. Henry et Caventou ont extrait le *gentianin*, la *petite centaurée* (*centaurium minus*), le *ményanthe* (*menyanthes trifoliata*), végétaux amers fournis par la famille des *gentianées*, et qui présentent un exemple frappant de l'analogie qui existe entre les formes extérieures des plantes et leurs propriétés médicinales. La *gentiane* est le plus puissant et le plus usité de tous les amers indigènes. On l'emploie fréquemment en poudre, en décoction, et surtout en sirop et en extrait, dans les affections scrofuleuses, le scorbut, la chlorose, etc.

A côté de ces toniques d'une grande efficacité, nous en possédons d'autres qui offrent aussi, mais à un moindre degré, cette propriété si utile. Ainsi la nombreuse famille des *synanthérées* nous donne, dans la tribu des *corymbifères*, l'*aunée* (*inula helenium*), dont la racine, douée d'une odeur aromatique et d'une saveur amère et comme camphrée, est employée avec avantage dans les cas d'atonie des organes digestifs, et surtout dans la dernière période des catarrhes pulmonaires, le *tussilage* (*tussilago farfara*), d'une vertu très-faible en thérapeutique; dans la tribu des *carduacées*, le *chardon bénit* (*carduus sanctus*), dont le nom spécifique atteste assez l'importance que l'on attachait jadis à ses propriétés, la *bardane* (*arctium lappa*), la *chaussetrape* (*centaurea calcitrapa*), qui, comme la précédente, a été par fois employée, dit-on, avec succès comme fébrifuge et anthelmintique; dans la tribu des *chicoracées*, la *chicorée sauvage* (*cichorium intybus*), et le *pissenlit* (*leontodon*) *taraxacum*, remplis d'un suc laiteux, plantes qui ont joui jadis d'une grande réputation comme fondantes et dépuratives.

Dans cette énumération rapide, nous n'oublierons pas de citer la *salicine*, produit immédiat, existant dans l'écorce du *salix helix*, famille des *salicinées*, qui jouit de propriétés plus faibles, mais analogues à celles de la *quinine;* le *polygala amer* (*polygala amara*), de la famille des *polygalées*, d'un emploi journalier dans les maladies non inflammatoires des organes thoraciques; la *fumeterre* (*fumaria officinalis*), la *patience* (*rumex patientia*), l'une fournie par la famille des *papavéracées*, l'autre par celle des *polygonées*, qui peuvent être utiles dans les maladies de la peau; le *lichen d'Islande* (*cetraria Islandica*), de la famille des *lichénées*, jouissant de propriétés toniques à cause de son amertume, et que la présence de la fécule qu'il contient rend très-nourrissant. Cette plante *agame*, dont on emploie toutes les parties, privée de son principe amer par la macération dans une faible lessive alcaline, agit alors comme mucilagineuse, et est administrée sous toutes les formes dans les catarrhes pulmonaires et les autres affections qui réclament l'usage des médicaments de ce genre. Enfin, la famille des *urticées* nous donne le *houblon* (*humulus lupulus*), employé très-souvent, soit seul, soit combiné avec d'autres substances, dans les scrofules, le rachitisme, ou contre une disposition éloignée ou prochaine à ces maladies, surtout chez les enfants pâles, bouffis, chez lesquels, en un mot, l'assimilation est viciée, et dont toutefois les organes digestifs ne sont pas irrités.

Telles sont, pour me renfermer dans les limites et le sens de la question qui m'est échue, les principales familles de plantes qui fournissent des médicaments amers et toniques, et les espèces de ces familles qui sont le plus fréquemment usitées. Il y a, je le sais, bien des développements à donner à chacune de ces parties; mais une réponse telle que celle-ci n'en admet point de pareils. Je ne dois cependant pas terminer sans dire que, tout en reconnaissant pour un assez grand nombre de maladies les avantages de la médication tonique, il faut se garder surtout d'en abuser : l'accroissement de la douleur et l'augmentation de l'état fébrile nous avertiraient bientôt de l'excès dans lequel on serait tombé, et forceraient de recourir promptement à la médica-

tion opposée pour combattre les effets de médicaments trop souvent incendiaires, ainsi que l'a établi victorieusement M. le professeur Broussais.

II.

Quel est le mécanisme de l'articulation coxo-fémorale?

L'articulation coxo-fémorale, formée, d'une part, par la cavité cotyloïde de l'os coxal, de l'autre, par la tête du fémur, est le type le plus complet des *énarthroses.*

Comme l'articulation scapulo-humérale qui lui correspond dans le membre thoracique, l'articulation coxo-fémorale peut exécuter tous les grands mouvements; mais quoique identiquement les mêmes, ces mouvements sont moins étendus, et la connaissance anatomique des parties qui concourent à les former toutes les deux nous donnera la raison de cette différence.

En effet, outre la profondeur de la cavité et l'étendue plus qu'hémisphérique de la tête du fémur, l'articulation qui nous occupe présente des conditions de fixité qu'on ne rencontre pas dans celle du membre supérieur : ainsi elle offre à l'état frais un *bourrelet* fibreux, véritable anneau prismatique et triangulaire, s'insérant au pourtour de la cavité, dont il égalise la circonférence sinueuse et échancrée, et dont il augmente ainsi la profondeur. Emprisonnant en quelque sorte la tête du fémur par une disposition remarquable des diamètres de sa circonférence, ce bourrelet, formé de fibres entrecroisées à angle très-aigu, plus épais en haut et en arrière qu'en bas et en avant, convertit en trou la grande échancrure qui donne passage aux vaisseaux destinés au tissu adipeux rougeâtre et non glanduleux de l'arrière cavité cotyloïde, et au ligament inter-articulaire.

Comme moyen d'union, on trouve encore en dehors un espèce de sac fibreux, à deux ouvertures, d'un blanc terne, composé de fibres

entrecroisées irrégulièrement, embrassant, d'une part, le pourtour de la cavité, de l'autre, le col du fémur, dernière insertion qui mérite d'être étudiée avec soin lorsqu'on veut se rendre compte de la différence qui existe entre les fractures intra et extra-capsulaires. Cette *capsule orbiculaire*, plus grande, plus forte que celle de l'humérus, moins lâche, excepté à sa partie interne, où elle l'est peut-être autant, présente par là une disposition favorable au mouvement d'abduction, et n'offre pas dans tous les points de son étendue la même épaisseur. En effet, celle-ci, très-considérable en haut et en dehors, renforcée en avant par un faisceau fibreux, véritable ligament suivant Bertin, est moindre en arrière, et surtout en dedans, endroit où elle fait parfois communiquer la synoviale articulaire et la synoviale du muscle psoas iliaque.

Quels que soient, du reste, les nombreux rapports de la surface externe de cette capsule orbiculaire avec tous les muscles qui entourent et fortifient l'articulation, sa surface interne est en contact dans toute son étendue avec une large *synoviale* qui, après avoir tapissé la partie du col contenue dans l'articulation, embrasse le *ligament interarticulaire*, lequel, né de la dépression de la tête du fémur, s'élargit, et se divisant en deux bandelettes variables en épaisseur et en force, va se fixer aux bords de l'échancrure cotyloïdienne.

Solidité et inextensibilité, tels sont donc les deux grands caractères différentiels que nous donne cet examen rapide. Si nous procédons ensuite à l'étude du mécanisme de l'articulation coxo-fémorale, nous verrons que, comme toutes les énarthroses, elle peut exécuter des mouvements de *flexion*, d'*extension*, d'*abduction*, d'*adduction*, de *circumduction* et de *rotation*.

1° Dans la *flexion*, la tête du fémur, roulant sur un axe qui serait celui du col, l'extrémité inférieure de cet os décrit d'arrière en avant un arc de cercle dont la longueur du fémur représente le rayon. Dans le mécanisme de ce mouvement, qui peut être porté impunément jusqu'au point de permettre le contact de la partie antérieure de la cuisse avec la partie antérieure de l'abdomen, la tête du fémur éprouve seu-

lement un mouvement de rotation sur place, sans présenter, comme le professe Boyer, un déplacement antéro-postérieur : aussi la possibilité d'une luxation, dans le mouvement dont nous parlons, est-elle difficile.

2° Le mouvement d'*extension,* circonscrit dans d'étroites limites, s'exécute par le même mécanisme, mais en sens contraire : en effet, la partie postérieure du col rencontre promptement le rebord de la cavité cotyloïde; alors la tête proémine et tend le faisceau de Bertin, dont nous avons parlé, et le muscle psoas lui-même. En théorie, la luxation semblerait devoir souvent se produire; mais l'obliquité de la cavité cotyloïde, la force des tissus qui entourent l'articulation, surtout en haut, et les limites naturelles du mouvement d'extension, expliquent assez la rareté des luxations en ce sens.

3° Jusqu'ici nous avons vu la tête du fémur n'éprouver aucun déplacement proprement dit; il n'en est plus de même pour les mouvements d'adduction et d'abduction que nous allons étudier. Ici, l'articulation est le centre des arcs de cercle qu'exécute le fémur : aussi, dans l'abduction, voyons-nous la tête du fémur faire saillie à la partie interne du ligament orbiculaire, d'une assez grande laxité en cet endroit. L'obliquité de la cavité cotyloïde, la disposition du ligament inter-articulaire, et la rencontre nécessaire du col du fémur avec le pourtour de la cavité, tout concourt à produire une luxation dont on voit de fréquents exemples dans la science; car alors, comme dit M. le professeur Cruveilhier, le sourcil cotyloïdien peut être regardé comme le point d'appui d'un levier du premier genre, à bras inégaux, dont la puissance aurait pour levier toute la longueur du fémur, et la résistance, pour levier, le col du même os.

4° Le fémur décrit un trajet en sens inverse dans l'adduction. Naturellement assez borné, ce mouvement entraîne nécessairement la distension du ligament inter-articulaire, pourvu qu'il soit un peu étendu. En supposant que la distension soit trop forte, il y aura brisement : alors, suivant M. Gerdy, la tête du fémur, détachée du fond de sa cavité, éprouve une sorte d'enroulement de la part de ce ligament inter-

articulaire, et vient appuyer sur la capsule fibreuse, qui peut céder à cet effort et lui livrer passage.

5° Le mouvement de *circumduction* n'est que le passage successif de l'un à l'autre des mouvements précédents : dans la circumduction, comme le dit Bichat, le fémur forme un cône dont le sommet est dans l'articulation, et dont la base est décrite par l'extrémité inférieure de cet os.

6° Quant au mouvement de *rotation*, qui s'opère de dehors en dedans, mais surtout de dedans en dehors, il faut, pour le comprendre, analyser ce qui se passe à la partie supérieure et à la partie inférieure du membre. A la partie supérieure, le grand trochanter décrit tour à tour des arcs de cercle d'avant en arrière et d'arrière en avant; à la partie inférieure, c'est un mouvement de *rotation* sur un axe placé en dedans du corps de l'os et qui lui est parallèle. Il est inutile de rappeler que le mouvement de rotation est impossible dans les cas de fracture du col, et que c'est là un des signes de ce genre de fracture qui, par fois, est assez difficile à diagnostiquer.

III.

Quels sont les moyens de traitement à employer contre les fistules salivaires?

On donne le nom de *fistules salivaires* à celles qui sont la suite d'une lésion du canal excréteur des glandes *parotides* ou *sous-maxillaires*, ou des radicules excréteurs qui concourent à les former.

Les plaies des joues par des instruments piquants, tranchants, contondants, cautérisants, les abcès, les gangrènes profondes de ces régions, telles sont les causes ordinaires des fistules salivaires dont on reconnaît très-facilement la nature à l'écoulement de la salive que fournit la plaie, écoulement qui devient surtout très-abondant quand le

malade parle, et surtout pendant l'acte de la mastication. Les fistules salivaires ne tendent point à guérir; il faut donc les prévenir ou les combattre par des moyens appropriés.

Pour remplir la première indication, on doit réunir très-exactement, au moyen de la suture entortillée, les plaies des joues dans lesquelles le conduit de Sténon ou la parotide sont intéressés, en exerçant en même temps sur le corps de la glande une compression assez forte pour s'opposer, jusqu'à ce que la réunion soit opérée, à la sécrétion du liquide salivaire, enfin en tenant le malade à une diète sévère, en éloignant de lui tout ce qui pourrait provoquer son appétit, et lui ordonnant un silence absolu. Il n'est pas nécessaire, pour que la guérison ait lieu, de laisser la plaie entr'ouverte du côté de la bouche, et d'y interposer même un bourdonnet de charpie. On a vu guérir trop de blessés chez lesquels on ne ne s'était point astreint à cette pratique, pour croire indispensable ce précepte d'ailleurs rationnel.

Quand les fistules sont établies, les moyens à employer diffèrent selon qu'elles ont leur séjour dans la glande parotide ou dans son conduit excréteur. Dans le premier cas, les applications stimulantes, les caustiques, et surtout le nitrate d'argent fondu, le cautère actuel lui-même doivent être mis en usage. Galien, A. Paré, Fabrice d'Aquapendente, en ont retiré des succès incontestables. Tous ces moyens, dont on peut favoriser l'action par une compression exacte et prolongée, ainsi que le recommandent Le Dran et Ruffin, agissent en déterminant la formation d'escarres épaisses et de bourgeons celluleux et vasculaires solides, qui servent de barrière à l'écoulement de la salive, et, par suite, de base à une bonne cicatrice. Les injections de diverse nature, ordonnées par Louis, l'excision de la fistule, et le rapprochement de la plaie au moyen de la suture ont été, et peuvent être aussi couronnés de succès.

Si la fistule a son siége dans le canal de Sténon, et si le canal est libre, on peut essayer de la traiter par une compression établie sur le trajet du conduit entre la glande et la fistule, pour empêcher la salive d'arriver jusqu'à elle. Il faut en outre, ainsi que l'ont fait Louis et Fer-

rand, cautériser la solution de continuité extérieure, et s'opposer, par des applications convenables, à la chute de l'escarre.

Toutefois, ces moyens ne sauraient réussir qu'autant que le canal est libre : s'il est obstrué par un calcul, il faut l'extraire ; sil est rétréci, il faut chercher à lui rendre sa capacité. Louis est le premier qui ait proposé et mis en usage le cathétérisme du canal de Sténon. Pour exécuter cette opération, qui n'est pas sans difficulté, il tendait la joue en la tirant en avant, afin de faire disparaître la courbe brusque qu'offre ce conduit dans le lieu de sa terminaison, et faisait pénétrer un stylet délié d'arrière en avant dans la portion buccale du conduit parotidien. Ce stylet une fois introduit, servait à faire pénétrer dans le canal un fil de soie auquel on attachait ensuite des mèches d'un volume croissant, que l'on faisait ensuite pénétrer dans la partie rétrécie du canal.

Malgré les avantages que Louis et Morand ont retiré de ce procédé, il a été abandonné, et on a conseillé avec raison d'ouvrir dans la bouche une fistule interne plus rapprochée de la glande parotide que ne l'est celle que l'on veut guérir, et par laquelle la salive se trouve versée à la face interne de la joue avant d'arriver à celle-ci.

Cette dernière méthode, déjà employée empiriquement par les anciens, est celle à laquelle les praticiens les plus habiles se sont définitivement arrêtés. On a varié à l'infini sur la manière d'ouvrir la paroi buccale, et sur le choix de la substance à employer pour maintenir cette ouverture. Les chirurgiens ont tour-à-tour employé le cautère actuel, comme Faviard et Deroy nous en fournissent un exemple, une alène comme a fait Monro : mais ces méthodes, ainsi que le séton de Désault, la canule de plomb que Duphénix et Atti, de Bologne, laissaient dans la plaie, ont été successivement rejetés pour faire place à un procédé plus simple, plus ingénieux, proposé par Degnise, adopté et légèrement modifié par Béclard, et qui est réellement bien préférable à tous ceux que nous avons cités, et même à celui du célèbre Monro, en ce qu'il ne nécessite pas, comme le faisait ce dernier, des pansements consécutifs et douloureux.

Degnise commence par faire au fond de la fistule, et au moyen d'un

trois-quarts, deux piqûres qui traversent la joue, l'une d'arrière en avant, et l'autre un peu d'avant en arrière ou directement. Dans ces deux ouvertures sont engagées et poussées jusqu'au bout dans la bouche les extrémités d'un fil de plomb, qui sont ensuite renversées sur la face interne de la joue, et tordues, suivant Béclard, très près de la membrane muqueuse buccale. La plaie extérieure est rafraîchie, et les bords en sont réunis avec soin. Au bout de quelques jours les parties comprises dans l'anse formée par le fil de plomb se trouvent coupées, et celui-ci, en tombant dans la bouche, laisse une large ouverture par laquelle la salive est versée dans cette cavité.

On a proposé plusieurs modifications peu importantes à ce procédé : ainsi les uns, comme Flojani, se servent d'une aiguille armée d'un fil pour former l'anse. M. Roux a substitué au fil de plomb une mèche de soie d'une ligne de diamètre; mais l'idée, comme on peut le voir, est toujours la même.

Nous ne mentionnerons ici la dissection des conduits de Sténon et l'extirpation de la glande parotide, que l'on n'a conseillées que pour les proscrire, malgré que dans un cas de fistule de la glande sous-maxillaire M. Amussat ait réussi à l'enlever et à guérir le malade. Nous pensons qu'en saine thérapeutique, mieux vaut garder toute la vie une infirmité peu grave en elle-même, et dont un obturateur bien fait peut diminuer tous les inconvénients, que de s'exposer à tuer le patient par une opération brillante, il est vrai, mais excessivement dangereuse, et le plus souvent impraticable.

IV.

Faire connaître les principales éruptions pustuleuses qui peuvent affecter le visage, et établir leur diagnostic différentiel.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége de pustules; mais parmi les affections de ce genre il en est quelques-unes, telles que la

variole, et quelquefois l'ecthyma, qui se développent à la fois sur la presque totalité de la surface cutanée ; d'autres sont presque toujours partielles, bien qu'elles puissent affecter des parties d'une certaine étendue: telles sont la vaccine, qui n'apparaît que sur le point ou la cause contagieuse a été appliquée; enfin, quelques-unes adoptent certains siéges, tels que le visage: ce sont l'*impétigo*, l'*acné*, la *mentagre*, seules éruptions dont nous croyons devoir parler ici.

1° L'*impétigo* (dartre crustacée d'Alibert) est une maladie non contagieuse, caractérisée par une éruption des pustules psydraciées, le plus souvent très-rapprochées les unes des autres, qui forment des croûtes en général épaisses et jaunâtres.

Cette affection occupe le plus souvent la face, et en particulier les joues; on l'observe cependant quelquefois sur les membres et sur le tronc; elle forme des croûtes épaisses, de consistance de miel (mélitagre), sur la face des enfants à l'époque de la dentition, et la recouvre comme d'un masque: de là le nom d'*impétigo larvalis* qu'elle a reçu. Elle atteint les jeunes gens et les femmes d'un tempérament lymphatique ou sanguin dont la peau est fine et impressionnable. Elle se développe surtout au printemps, et quelques individus en sont périodiquement atteints à cette époque pendant plusieurs années.

Tantôt, tout à fait agglomérées, les pustules occupent une surface plus ou moins étendue, mais assez exactement circonscrite, et à laquelle on peut assigner une forme, soit circulaire, soit ovale, ce qui constitue l'*impetigo figurata;* tantôt les pustules sont disséminées, éparses, et n'affectent aucune forme régulière : c'est l'*impetigo sparsa,* qui affecte surtout les membres.

L'agglomération, la petitesse, la courte durée de l'*impétigo,* suffisent pour qu'on ne puisse confondre cette éruption avec celle de l'acné ou de l'ecthyma. Les croûtes molles et jaunâtres qui succèdent aux pustules de l'*impétigo* pourraient, lorsqu'elles se forment au menton, ressembler à celles qui se montrent dans le cours de la mentagre; mais on peut dire que la marche de l'*impétigo*, et la physionomie qu'offre chacune de ces périodes, ne permet pas de la méconnaître et de la con-

fondre avec l'éruption précédente. Dans la maladie qui nous occupe, le suintement est abondant, les croûtes sont épaisses, d'un jaune verdâtre, semi-transparentes; et d'ailleurs il n'existe ni callosités, ni tubercules, les pustules de la *mentagre* sont plus grandes, moins jaunes, isolées, plus élevées que celles de l'*impétgo*, le suintement est beaucoup moins abondant, et les croûtes plus sèches, d'une couleur plus foncée, ne se reproduisent que lors d'une nouvelle éruption.

2° Au genre *acné* se rapportent la dartre pustuleuse couperose et la dartre pustuleuse miliaire d'Alibert. On désigne sous ce nom une affection pustuleuse chronique, caractérisée par la présence de petites pustules isolées, dont la base plus ou moins dure, d'un rouge foncé, forme souvent, après la disparition de la pustule, une petite tumeur rouge, circonscrite, presque indolente, dont la résolution ne s'opère que lentement, et qui paraît avoir son siége dans les follicules de la peau.

C'est souvent depuis la puberté jusqu'à l'âge de trente-cinq à quarante ans que l'on observe cette maladie; mais, en général, elle est plus intense chez les jeunes gens: les deux sexes y sont également sujets. Les pustules de l'acné se montrent ordinairement à la face, et en particulier sur la région des masséters et des tempes, à la partie interne des joues, sur le nez et sur le front; on les observe aussi sur d'autres parties du corps, et surtout à la partie postérieure et supérieure du tronc, où les follicules sébacés sont nombreux et développés.

Cette éruption offre trois variétés principales et distinctes: ce sont l'*acne simplex*, l'*acne indurata* et l'*acne rosacea*. Ce dernier s'observe, en général, dans l'âge mûr, et s'accompagne d'une rougeur érythémateuse de la peau du visage: c'est cette variété qui est nommée vulgairement *couperose*. Elle affecte souvent les femmes à l'époque critique, et les personnes qui s'adonnent à la boisson et à la bonne chère. Suivant M. Biett, elle résulte fréquemment d'une disposition héréditaire, et est liée souvent à une irritation chronique de l'appareil digestif.

L'acné est ordinairement facile à reconnaître. L'ecthyma et les pustules syphilitiques pourraient seulement être confondues avec cette affection ; mais, comme nous l'avons dit, les pustules d'acné sont petites, leur développement est lent, leur base reste longtemps dure et n'offre pas de croûtes, tandis que celles de l'ecthyma qui, elles aussi, peuvent affecter le visage, surtout dans la convalescence de certaines maladies de mauvais caractère, sont larges, superficielles, ne s'accompagnent jamais d'indurations chroniques, et forment des croûtes épaisses plus ou moins saillantes, que l'on ne retrouve jamais dans l'acné. L'aspect particulier des pustules syphilitiques, l'existence d'autres symptômes constitutionnels, distingueront la syphilide pustuleuse de l'acné. On ne confondra pas non plus l'acné avec la dartre rongeante ; car, dans cette dernière, il ne se forme pas de pustule comme dans l'acné, et les tubercules sont les premiers éléments de la maladie.

3° La *mentagre* (*sycosis menti*), que certains auteurs regardent comme une variété de l'acné, est caractérisée par l'éruption successive de petites pustules acuminées, à peu près semblables à celles de l'acné, disséminées sur le menton, les régions sous-maxillaires et les parties latérales de la face.

Elle est essentiellement pustuleuse, et se développe surtout chez les adultes, bien qu'on l'observe quelquefois chez des hommes avancés en âge.

Il importe de distinguer le sycosis des autres éruptions qui peuvent se développer sur le menton, sur les joues et les lèvres, et entre autres de l'ecthyma, de l'impétigo.

Les pustules de l'ecthyma sont plus larges et plus enflammées que celles du sycosis, les croûtes de l'ecthyma sont plus étendues, plus épaisses et plus adhérentes : elles ne sont jamais suivies d'indurations tuberculeuses. Les petites pustules de l'*impetigo figurata*, à peine saillantes ne sont point acuminées comme celles du sycosis ; elles en diffèrent en outre par leur développement, plus prompt et plus aigu ; dans le sycosis, les pustules ne s'ouvrent guère que du cinquième au

septième jour, et les croûtes qui les remplacent sont minces et isolées. Il n'en est pas de même pour celles de l'impétigo, dont l'épaisseur augmente tous les jours. Les pustules et les tubercules de la mentagre sont rarement entremêlées de tannes et d'élevures folliculeuses, disposition fréquemment observée dans l'acné : au reste, la différence essentielle qui existe entre la mentagre et l'acné résulte probablement du développement inégal du réseau vasculaire de la peau, et des follicules sur les différents tissus où se montrent ces diverses éruptions.

Quant aux syphilides pustuleuses, qui peuvent affecter le visage et surtout le front, elles ont des caractères spéciaux qui servent à les faire reconnaître, soit qu'elles se montrent sous la forme de pustules phlyzaciées (ecthyma syphilitique), soit que les pustules soient de celles dites psydraciées, et offrent quelque analogie avec les petites pustules pointues et isolées du genre acné.

Ces deux formes se caractérisent par la marche lente de l'éruption, par sa persistance, la coloration cuivrée qui l'accompagne et qui la suit, par les phénomènes concomitants attestant la présence du virus syphilitique, tels que des douleurs ostéocopes, des ulcérations au voile du palais, des tubercules plats à l'anus, etc.

L'éruption phlyzaciée annonce généralement une détérioration plus profonde et plus ancienne de l'économie. L'éruption psydraciée peut coïncider avec une santé robuste et avec une syphilis peu ancienne. Toutes les deux, néanmoins, doivent être comptées au nombre des phénomènes consécutifs de la vérole, et pour disparaître, exigent nécessairement un traitement antisyphilitique complet.

PROPOSITIONS.

I.

La médecine des symptômes est la plus misérable de toutes les médecines ; elle expose le praticien qui tire ses indications thérapeutiques d'une pareille source à des fautes irréparables.

II.

L'observation, dégagée de tout esprit systématique, apprend qu'un grand nombre d'individus portant une affection organique du cœur ont été atteints, à une époque antérieure, d'un rhumatisme articulaire, d'où date la première affection.

III.

L'oblitération des veines est la cause la plus ordinaire des hydropisies partielles.

IV.

Dans le traitement de toutes les phlegmasies en général, on doit employer les moyens que l'école physiologique recommande, et proscrire comme dangereux l'usage des purgatifs et des toniques.

V.

Dans les cas en apparence légers, de fièvre typhoïde, la perforation de l'intestin doit toujours faire craindre pour la vie du malade.

VI.

Une statistique sage et rationnelle pourra seule éclairer bien des points encore obscurs de la thérapeutique.