

RELATION MÉDICALE

DE

LA CAMPAGNE DE L'AVISO A VAPEUR LE SURCOUF
DANS LE GOLFE PERSIQUE

DU 22 FÉVRIER AU 20 AVRIL 1864



QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

BOUTON D'ALEP ou Ulcère d'Orient

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 5 JUILLET 1867

Par PONTY (Anatole)

né à Rochefort S/M.

DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecin de 2^e Classe de la Marine.

M. Merlaux dit Ponty

MONTPELLIER

BOEHM ET FILS, IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE, PLACE DE L'OBSERVATOIRE
ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1867

RELATION MÉDICALE

DE

LA CAMPAGNE DE L'AVISO A VAPEUR LE SURCOUF DANS LE GOLFE PERSIQUE

DU 22 FÉVRIER AU 20 AVRIL 1864

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

BOUTTON D'ALEP ou Ulcère d'Orient



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
LE 5 JUILLET 1867

Par PONTY (Anatole)

Né à Rochefort S/M

DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecin de 2^e Classe de la Marine.



MONTPELLIER
BOEHM ET FILS, IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE, PLACE DE L'OBSERVATOIRE
ÉDITEURS DE MONTPELLIER MÉDICAL
1867

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SECONDE MÈRE

A MON PÈRE

A. PONTY

INTRODUCTION

La *Relation médicale* qui fait le sujet de ce travail présente bien des lacunes.

La rapidité du voyage, les courtes heures consacrées à prendre langue dans les différents points de la côte où le *Surcouf* a jeté l'ancre, ne m'ont pas permis de recueillir tous les renseignements que l'on serait en droit de chercher sous le titre inscrit à la première page.

Cependant, malgré le peu de matériaux que j'avais entre les mains, le peu de faits intéressants qui se sont offerts à mon observation, j'ai cru devoir choisir l'historique de cette courte campagne, de préférence à toute autre, en raison des rares documents publiés en France sur cette partie du globe, où nos intérêts nationaux s'engagent difficilement, et où les navires français, en petit nombre ont montré leur pavillon.

Le *Surcouf* a mouillé plusieurs jours devant Bassorah et, seul de nos navires de guerre, à ma connaissance, il est remonté à Kournah, au confluent du Tigre et de l'Euphrate.

Je dois à l'aimable bienveillance de M. Salmon, capitaine de frégate, notre commandant, d'avoir pu continuer ma route en sa compagnie et suivre le Tigre jusqu'à Bagdad, où j'ai observé les formes diverses du *Bouton d'Alep*, endémique dans le pays. Si j'ai vu beaucoup, j'ai tout vu eu courant. J'offre ces images fugitives comme une mince contribution à la Géographie médicale du golfe Persique et du cours du Tigre jusqu'à Bagdad.

RELATION MEDICALE

DE

LA CAMPAGNE DE L'AVISO A VAPEUR LE SURCOUF

Dans le Golfe Persique.

Le 14 janvier 1864, l'avis à vapeur le *Surcouf* quittait la rade de Suez et descendait la mer Rouge, pour remplir une mission dans le golfe Persique. La traversée fut des plus heureuses, et après deux relâches à Djeddad et à Aden, l'avis mouillait devant Mascate le 24 février.

Ici commence le résumé des observations météorologiques et médicales faites à bord, dans le cours de la navigation sur le golfe Persique jusqu'au moment de notre retour à Bombay.

J'ai peu de chose à dire sur l'état sanitaire de l'équipage et l'état hygiénique du navire à ce moment de notre campagne. Les hommes se trouvaient dans de bonnes conditions de santé ; les malades que nous avait laissés une station prolongée sur les côtes de Madagascar, avaient été débarqués à Suez et ramenés en France. Le *Surcouf*, de son côté, réalisait, grâce aux efforts constants des autorités du bord, ce que l'on peut demander de mieux aux navires du même type en fait d'hygiène ; malheureusement il ne pouvait échapper à la loi commune qui régit les bâtiments de même modèle. Le logement de l'équipage était insuffisant ; les moyens d'aération ne permettaient pas, surtout à la mer, de renouveler l'atmosphère du faux-pont ; un air vicié croupissait, stagnant, dans les fonds du navire, et malgré des soins de tous les jours, malgré une véritable prodigalité des moyens mis en usage en pareilles circonstances, des émanations fétides, sulfhydriques, se dégageaient de la cale dès que le navire était soumis à des oscillations un peu violentes.

Combien de fois quelques heures ont suffi pour montrer l'inanité des travaux pénibles entrepris au mouillage, dans le but d'assainir la cale ! En une nuit, les peintures grises du faux-pont viraient au noir, et des vapeurs humides venaient se condenser sur les panneaux.

Une ventilation régulière, permanente, pourrait seule prévenir la formation de ces miasmes dangereux qui prennent naissance au sein du mélange des graisses, de l'eau salée, des détritiques organiques et inorganiques mis en présence dans les parties basses des navires à vapeur. Tous les autres moyens ne sont que palliatifs, leur action sera toujours éphémère si elle ne s'accompagne de la ventilation ; je ne dis pas cette ventilation illusoire, irrégulière, insuffisante, que donne parcimonieusement la manche à vent réglementaire. Le *Surcouf* en était pour moi une nouvelle preuve.

Les procédés de ventilation ne manquent pas.- Ils sont longuement et savamment énumérés par M. le professeur Foussagrives (*Traité d'hygiène navale.*) Tous ou presque tous ont plus ou moins subi les épreuves de la pratique. Tous, en améliorant plus ou moins un fâcheux état de choses, ont rendu, en principe, leur utilité indiscutable ; mais ils n'ont pu satisfaire encore à tous les desiderata, à toutes les exigences, et sembleraient vraiment ne plus devoir inspirer qu'un amour platonique, si de temps en temps des esprits chercheurs, avides du progrès et du mieux être, ne remettaient, par leurs savants efforts, la question à l'ordre du jour. M. le médecin en chef Leroy de Méricourt a pris en main, une fois de plus, les vœux unanimes de tout le personnel naviguant, et dans une note intitulée : *De l'influence des transformations des constructions navales sur la santé des équipages*, il a démontré, devant l'Académie de médecine, l'urgence d'établir un bon système de ventilation permanente à bord des navires. Le savant professeur propose l'adoption en France du système de ventilation par appel du Dr Edmund ; il demande en outre qu'on ménage à bord de tout bâtiment, au-dessous du chargement, une chambre à air.

Puisse ce nouveau projet recevoir au plus vite la consécration de la pratique, et puissions-nous, enfin, voir au méphitisme des cales succéder la siccité, la propreté, l'aération constante des fonds du navire !

LIEUX VISITÉS PAR LE SURCOUF.

MASCATE.- La rade est ouverte en grand aux vents du nord, et peu sûre. Elle est entourée de fortifications en ruines qui supportent avec peine quelques canons. La ville est encaissée entre de hautes montagnes arides et respire mal à son aise. Les rues y sont sales, étroites et tortueuses, les bazars sans importance ; les côtes sont poissonneuses, il se fait un assez grand commerce d'exportation de poisson sec, à destination de l'Inde et même de Bourbon. Si les états-majors veulent approvisionner leurs poulaillers, qu'ils sachent bien que les volailles se nourrissent à terre des débris de poisson ; cette alimentation rend leur chair nauséabonde, et il faut longtemps les conserver en cage avant de les présenter sur la table.

ORMUS.- Sur la côte N.-E. de l'île d'Ormus, à l'entrée du golfe Persique, à dix milles de la rive persane. La ville actuelle se compose de misérables paillottes qui donnent abri à une population de pêcheurs, au nombre de 400 environ.

L'île est très accidentée. De formation volcanique, elle renferme plusieurs pics élevés et blanchis par des incrustations de sel. On y trouve du soufre natif et des pyrites de fer et cuivre. Les mines de sel y sont exploitées par l'iman de Mascate.

Le fort tombe en ruines, mais on y trouve encore les restes de constructions très solides. Une douzaine de canons, la proie de la rouille, ornent encore l'esplanade.

Ormus offre un bon port, même aux navires d'un fort tonnage, et reprendra son importance le jour où les Anglais se traceront une voie pour aller de l'Inde en Europe par le golfe Persique, l'Euphrate, et l'Asie-Mineure.

BUNDER-ABBAS.- Autrefois grande place de commerce, a perdu son importance. Le coton, la garance, les céréales constituent les produits d'exportation du pays.

Une plaine immense borne la ville et la sépare du pied de montagnes majestueuses aux contours arrondis. Des dattiers en petit nombre, des légumes plus rares encore, sont les seuls vestiges de la végétation autour de Bunder-Abbas.

KISHM.- 3.000 habitants environ, à l'extrémité est de l'île du même nom ; entouré de murs et défendu par un petit fort. Quelques bouquets de dattiers forment de charmantes oasis. Sur la plage, de nombreux boutres sont en construction. Les habitants paraissent hospitaliers comme ceux d'Ormus et de Bunder-Abbas ; ils exercent principalement le métier de tisserands. Toute l'île et une grande partie de la côte opposée, dont on extrait du soufre, sont affermées par le roi de Perse à l'iman de Mascate.

BASSADORA.- Au N.-O. de l'île de Kishm.- Les Anglais y avaient établi autrefois une garnison de cipayes et un hôpital qui est abandonné. On voit aujourd'hui quelques huttes habitées par des Arabes employés au dépôt des charbons anglais.

BENDER BOUCHIRE.- Sur la côte persane du golfe Persique, à 40 lieues de Shat-el-Arab. La ville est malpropre, mal bâtie sur une presqu'île de sable limitée par des plaines incultes. Les Anglais l'ont occupée militairement lors de la guerre contre la Perse, et ils y sont encore tout-puissants, quoiqu'ils n'aient plus que 30 cipayes comme gardes du résident anglais, consul-général du golfe Persique.

Bâtie à 50 lieues de Chiraz, Bender-Bouchire est un lieu de transit pour les produits de la Perse et de l'extérieur. Les équipages y trouvent à s'approvisionner de moutons de bonne qualité. Le pays n'est pas réputé malsain, et cependant l'eau y est très mauvaise, saumâtre ; les nuits sont très humides.

KARAK.- Île au nord de Bender-Bouchire, habitée par les pilotes de Shat-el-Arab. Terrains peu productifs, recouverts de calcaire coquillier.

BAHREIN.- Port de Manâina, capitale de l'île Bahrein, petit village logeant un millier d'habitants ; il se compose principalement de huttes en terre. Le pays est, dit-on, boisé et riche en culture, à l'intérieur. Non loin du rivage, du sein de la mer on voit jaillir une source d'eau douce ; le jet est assez puissant pour permettre de prendre de l'eau pure de tout mélange.

La pêche des perles fait toute la richesse du pays. Les perles de Bahrein sont plus jaunes que celles de Ceylan, et sont fort estimées. Le Gouvernement fixe chaque année l'époque de l'ouverture de la saison,

dans les premiers jours d'avril en général, et exerce son contrôle sur les négociants qui se sont constitués ses fermiers.

Les barques partent chaque jour à une heure donnée, et restent un temps limité sur le lieu de la pêche. Les plongeurs, préalablement enduits d'une couche d'huile, facilitent leur descente en se servant d'une pierre suspendue au pied par un anneau. Ils sont entourés en ceinture d'une corde tenue à bord, et, lorsqu'ils sont fatigués, après deux, trois minutes de recherches, un mouvement imprimé à la corde avertit de hâter leur ascension ; ils sont aussitôt amenés à la surface avec leur charge. La pierre qui a servi de lest est relevée ensuite.

Certains plongeurs peuvent tenir quatre et même cinq minutes sous l'eau, et il est habituel de voir une immersion aussi prolongée déterminer des flux hémorragiques par la bouche, le nez et les oreilles. Un danger permanent menace au reste la vie des plongeurs ; et si l'intrépide chercheur de perles échappe à l'asphyxie, à la dent des squales, aux accidents de toutes sortes qu'il affronte, la surdité, la cécité, ou divers troubles des organes des sens, ne manquent pas de l'accompagner dans sa retraite prématurée. Longtemps encore peut-être la civilisation passera devant ces victimes du luxe, leur offrira ses bienfaits et sera repoussée. Un jour viendra cependant où le scaphandre apparaîtra, aux yeux du plongeur, l'arme la meilleure et la plus sûre pour descendre à la conquête des richesses de la mer. La pêche meurtrière des mollusques à perles ne sera plus qu'une récolte.

EMBOUCHURE DU SHAT-EL-ARAB.- L'entrée du Shat-el-Arab est rendue difficile à la navigation par la formation de nombreux bancs de sable qui s'étendent loin au large. Hors de vue de toute terre, le plus souvent sans horizon par suite d'épais brouillards, le navigateur suit la route que lui trace la sonde. Après avoir passé la barre, le fleuve coule entre deux bancs submergés pendant 20 milles, et se trouve ensuite bordé de terres basses et marécageuses où les pélicans, les ibis, les flamants, les oiseaux de rivage, habitent en grand nombre.

De l'embouchure à Bassorah, le paysage conserve le même aspect monotone : à droite et à gauche, dans les limites où la vue peut s'étendre, ce ne sont que villages en ruines défendus par une enceinte de terre, plantations de dattiers, marécages, maigres champs de blé, d'orge et de riz.

BASSORAH.- Bassorah, éloignée du Shat-el-Arab de 2 milles environ, est bâtie le long d'un canal qui donnait autrefois accès à de nombreux navires. Ce n'est plus la ville riche qui comptait 100 000 habitants et faisait grand commerce avec le monde entier : 6 000 âmes habitent ses ruines.

Parmi les causes nombreuses de cette déchéance rapide, que je ne puis apprécier ici, il me faut mentionner l'insalubrité des environs, des abords mêmes de la ville. Les débordements du fleuve, qui ne sont plus comme autrefois maintenus dans de sages limites par des digues et des canaux, deviennent pour le pays un instrument de mort, en créant de vastes marécages, après avoir été longtemps la cause de sa richesse. Le canal qui touche à la ville regorge de fange et d'immondices ; aussi voit-on chaque année, au moment des chaleurs, les fièvres intermittentes, les fièvres bilieuses à formes diverses, décimer une population sans ressort, sans fonds de résistance, et abandonner une proie facile aux épidémies qui de temps en temps ont ravagé le pays.

Bassorah est le grand comptoir du commerce des dattes ; à l'époque de la cueillette, le pays se transforme, secoue pour un temps sa torpeur et semble reprendre sa vitalité première. Les boutres viennent en grand nombre chercher le fruit précieux. Pour ces populations, le dattier est l'arbre providentiel, le fruit compose leur principal aliment, le noyau sert de nourriture aux chèvres et aux moutons, les feuilles donnent des fibres textiles, la tige sert à construire les boutres et les maisons. Le fruit sert encore à la fabrication d'eaux-de-vie qui sont aromatisées ensuite avec de l'anis, et forment, mélangées à l'eau en petite quantité, une bonne boisson.

KOURNAH.- A 40 milles au-dessus de Bassorah, au confluent du Tigre et de l'Euphrate, est bâti le petit village de Kournah, sur la pointe même du delta qui sépare les deux fleuves. Le *Surcouf* a terminé là sa course au nord. Pour continuer ma route sur le Tigre jusqu'à Bagdad, j'ai pris passage sur une légère canonnière turque mise gracieusement à la disposition de notre commandant.

Deux milles au-dessus de Kournah, l'aspect change complètement : les dattiers disparaissent ; à droite et à gauche, d'immenses plaines fertilisées sur les bords du fleuve par les débordements du Tigre, fournissent en abondance de l'orge, du blé et du riz. De nombreuses tranchées, creusées chaque année au moment de la crue des eaux, assurent la récolte. Ces terres sont cultivées par des tribus nomades,

peuples pasteurs qui viennent s'établir sur le lieu de production pendant les mois de février, mars et avril, et s'enfoncent ensuite dans l'intérieur après la récolte.

Le trajet entre Bassorah et la capitale de l'Irak-Arabie dure environ cinq jours, et dans ce parcours d'une centaine de lieues on rencontre trois villages bâtis sur la rive, véritables petits forts qui sont les seuls indices de la domination turque sur des populations toujours insoumises.

De loin en loin des ruines majestueuses, fièrement assises au milieu du désert, rappellent les splendeurs d'un autre âge. Séleucie, Ctésiphon, témoignent de la grandeur passée de ces régions fortunées, si heureusement douées par la nature. Sur le sol des palais, l'Arabe dresse sa tente ; le désert aride a remplacé les riches moissons, les jardins magnifiques, objets de convoitise des conquérants ; un souffle de mort règne sur ces solitudes : l'Islamisme dessèche tout ce qu'il touche.

A la vue de ces ruines, le cœur se serre ; les souvenirs accourent en foule pour donner la vie à cette solitude ; et quand, d'un passé grandiose, plein d'éclat, plein de bruit, l'âme se trouve ramenée au morne silence du présent, elle veut se rattacher à la possibilité d'un avenir meilleur ! Pourquoi non ? Le sol est toujours le même, il n'est pas avare : sage, économe, il a caché ses richesses aux indignes, pour les prodiguer à qui saura mériter ses bienfaits. Le Tigre roule toujours ses eaux limoneuses et nourricières. Que les anciens canaux soient ouverts, que les crues du fleuve soient maintenues dans de sages limites, et des provinces fertiles seront ainsi rendues à la production, en attendant la réalisation du projet d'une voie directe entre le golfe Persique et la Méditerranée.

BAGDAD.- Bagdad, bâtie sur la rive gauche du Tigre, au milieu d'un bois de palmiers, est reliée par un pont de bateaux à la rive droite, où s'étendent de vastes faubourgs habités par une nombreuse population persane.

De nombreuses *coufas* sillonnent la rivière. La coufa est, depuis des siècles, toujours le même panier en osier de forme circulaire, recouvert à l'extérieur d'une couche d'asphalte. Le long des quais sont amarrés les *kelleks*, sortes de radeaux soutenus par des outres remplies de vent, qui servent au transport des voyageurs et des marchandises de Diarbekir et de Mossoul. Les kelleks sont le seul mode de véhicules employés pour descendre le Tigre ; on en voit de deux ou trois cents outres. Ils ne remontent pas le courant, les outres sont vendues à Bagdad ou remportées par les Arabes dans le haut du fleuve. D'autres embarcations d'un fort tonnage ont leur coque formée de stipes de palmiers reliés entre eux par un treillage et recouverts à l'extérieur d'une couche d'asphalte ; elles peuvent descendre jusque dans le Shat-el-Arab, mais n'osent s'engager dans le golfe Persique.

En arrivant à Bagdad par le Tigre, l'entrée principale fait passer devant la douane, vieux bâtiment qui remonte aux premiers temps de la ville des Khalifes. Les murs sont recouverts d'inscriptions coufiques qui attestent son ancienne destination d'école. Les rues sont étroites, tortueuses ; les maisons sont très élevées ; le système de leur construction est toujours le même : poutres et barrotages en bois de palmier, treillage d'osier qui supporte une sorte de ciment boueux fourni par le fleuve.

Dans ce pays, où les chaleurs de l'été sont intolérables, où la température s'élève à 60°, sans brise, toute maison doit satisfaire à ces deux indications : un logement habitable pendant le jour, un lieu aéré pour dormir. A cet effet, dans le fond de la cour et au-dessous de son niveau, une sorte de cave, de cachot, que l'on nomme *serdab*, devient une retraite fraîchement agréable de huit heures du matin à cinq heures du soir. A cette heure, les appartements du haut peuvent être occupés ; la nuit venue, chacun fait monter son lit sur les terrasses disposées *ad hoc*, et couche impunément à la belle étoile. Les nuits sont calmes, très belles, sans humidité, et procurent un sommeil réparateur.

L'hôpital militaire peut recevoir cent malades. Les hommes sont répartis, suivant le genre de maladie, dans des salles confortables, très aérées, très propres, ne contenant pas plus de six à huit lits. Lors de notre visite, le 20 mars, l'état sanitaire du pays était excellent ; les maladies en traitement étaient celles que nous rencontrons dans nos hôpitaux de France à cette époque de l'année. D'après les renseignements recueillis de la bouche des médecins auxquels j'ai eu la faveur d'être présenté, et dont je ne saurais oublier le gracieux accueil, les maladies régnantes à Bagdad sont à peu près celles qui appartiennent aux zones tempérées ; seulement, dans la période des grandes chaleurs, les affections abdominales : dysenterie, hépatite, etc., prennent un degré d'acuité qu'elles n'ont pas en Europe. La saison chaude est aussi marquée par un assez grand nombre d'ophtalmies purulentes.

Les épidémies sont malheureusement fréquentes ; elles suivent le plus souvent les caravanes de la Perse, malgré l'active surveillance des agents sanitaires placés sur la frontière, et l'établissement de nombreux lazarets. Bagdad, il y a vingt et trente ans, était encore une ville florissante ; la peste, le

choléra, lui ont enlevé depuis ce moment les deux tiers de sa population, qui se réduit aujourd'hui à 80 000 habitants au plus.

Une coutume, en honneur chez les Persans, montrera l'insouciance profonde de ce peuple pour les règles de l'hygiène, malgré les leçons cruelles qui devraient le rendre plus circonspect. De temps en temps on voit arriver de la Perse de longues caravanes, accompagnant dans un lieu consacré les cadavres des gens riches, dont les familles peuvent se donner le luxe du voyage. Le cimetière vénéré, but du pèlerinage, est établi sur un terrain auquel se rattache un des actes de la vie d'Ali, le prophète, qui a laissé de nombreux disciples en Perse. Tout chiite aspire à reposer sur ce terrain consacré. Les cadavres ne reçoivent aucune préparation pour ce long voyage, ils sont enfermés dans des linges et placés dans un cercueil en bois, qui permet facilement aux émanations fétides de se répandre au dehors, si bien que les gens de la caravane sont obligés de changer de place par rapport aux corps morts, suivant la direction de la brise ; ils ont soin de se tenir au vent. Le cortège funèbre passe en dehors des murs de Bagdad, et parfois on reconnaît de loin son approche, si la brise donne de ce côté.

Je termine ici ces pages sans couleur, sur un pays riche en souvenirs, dont le passé et le présent fournissent à chaque pas un enseignement salutaire. Pour elles, je demande l'indulgence de mes Juges. Je n'ai pas su donner du corps à ces lignes, prises çà et là au milieu d'impressions qui ne pouvaient trouver leur place dans ce travail, et cependant j'ai pensé qu'il me fallait esquisser au moins les régions que j'ai parcourues.

MALADIES OBSERVÉES À BORD.

FIÈVRES.- Quelques cas de fièvres intermittentes et rémittentes se sont présentés pendant le séjour du *Surcouf* dans le Shat-el-Arab. Aucun d'eux n'a pris un mauvais caractère, et tous ont cédé rapidement à l'emploi du sulfate de quinine secondé de quelques vomitifs ou purgatifs. La plupart des cas observés se présentaient sur des hommes qui avaient déjà subi l'atteinte de l'infection paludéenne pendant le séjour du bâtiment à Madagascar.

Un de ces malades était Malgache. Cet homme suivait le plus souvent à la chasse les officiers du bord qui se lançaient à la poursuite des sangliers dans les marais situés en amont de Bassorah. Dans ces courses fatigantes à travers un pays inondé, où le corps en sueur subit brusquement l'impression de l'eau froide, tandis que la tête reste exposée aux rayons du soleil, il avait pris le germe d'une fièvre rémittente à forme bilieuse qui guérit après deux septénaires.

Déjà bien des fois, pendant mon séjour à la Guyane, il m'avait été permis de constater qu'il n'y a pas immunité de la race nègre à l'infection paludéenne. Les nègres créoles travaillant habituellement à la ville prennent souvent la fièvre, s'ils sont employés aux travaux de culture en terre basse, dans les habitations.

Chez le nègre, si les manifestations du miasme infectieux sont moins violentes, les réactions moins vives. Si l'accoutumance se fait plus vite, il n'en est pas moins vrai que, comme le blanc, mais à un moindre degré, l'homme de couleur subit l'influence du miasme paludéen. C'est là un fait dont j'ai été témoin dans toutes les rivières de la Guyane, dans le haut Oyapok surtout. Bien des fois j'ai constaté des engorgements de la rate, du foie, l'anémie, la cachexie paludéenne, en un mot, sur des nègres que le retour au chef-lieu guérissait en deux ou trois mois.

SCORBUT.- Le scorbut apparaît assez fréquemment parmi les équipages, dans le golfe Persique comme dans la mer Rouge. Les médecins Anglais embarqués sur la flottille qui parcourait le golfe pour la pose du câble sous-marin destiné à relier l'Inde à l'Europe, en avaient observé de nombreux cas à leurs bords. Prémuni par leurs conseils, je demandai pour les hommes la ration de *lime-juice* qui peut leur être accordée, et ce moyen d'une efficacité non douteuse, venant en aide à un bon régime, à l'usage constant de viandes fraîches, aux larges concessions faites à l'hygiène, défendit le *Surcouf* contre toute manifestation scorbutique, malgré les fatigues de la navigation que l'équipage eut à supporter à l'entrée du Shat-el-Arab.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.- A la fin du séjour, avec l'élévation de la température qui montait avec rapidité, apparaissent les embarras gastriques et intestinaux. Quatre cas de dysenterie sont en outre inscrits sur la statistique. Chez deux de ces malades, hommes robustes qui, pendant plusieurs jours, avaient travaillé au nettoyage des cales, l'affection s'est montrée à l'état aigu, et a

nécessité un séjour d'un mois à l'hôpital du bord. Les deux autres malades étaient dysentériques de vieille date ; il a fallu les rapatrier au plus vite pour s'opposer à une complication sérieuse, menaçante du côté du foie.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES.- A part l'observation de gangrène pulmonaire qui va suivre, les maladies des organes respiratoires ont été rares et peu graves dans le cours de la campagne. Les quelques bronchites et angines qui figurent dans la statistique ne méritent aucune mention spéciale.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Gangrène pulmonaire double terminée par la mort.

Au mouillage de Mascate, le youyou du bord, revenant de terre, est entraîné sur une chaîne, rempli et chavire. Le nommé Mignalle, un des canotiers, mauvais nageur, se soutient péniblement sur l'eau, fait de violents efforts pendant quelques minutes en attendant du secours ; il est promptement ramené à bord avec les cinq hommes qui se trouvaient avec lui dans l'embarcation. La température de l'eau est à 15° centigrades.

Tous ces hommes, excités par de nombreuses libations, s'agitent, gesticulent et veulent raconter l'accident. On les décide difficilement à aller changer leur linge. Mignalle seul est pâle, défait ; il grelotte ; les lèvres sont violacées, les yeux hagards ; la figure exprime l'effroi. La respiration est bouillonnante ; la trachée et les grosses bronches sont obstruées par des mucosités et une petite quantité de liquide. Le pouls est fréquent, mou et faible.

Des frictions sèches, des boules d'eau chaude, une infusion aromatique rappellent la chaleur ; la titillation de la luette amène le rejet d'une petite quantité de liquide. Deux heures après l'accident, la respiration se fait mieux, le pouls se relève fortement, il devient dur, vibrant ; la peau est chaude. Saignée de 120 grammes.

2^e jour. Mignalle ne veut pas rester couché et manifeste le désir de reprendre ses fonctions de domestique ; mais il se plaint d'une lassitude générale, de courbature, de douleurs vagues à la poitrine. Le pouls est à 80, sans plénitude ; la toux est rare, sans expectoration ; selles très nombreuses pendant la nuit, dues sans doute à l'ingurgitation de l'eau salée.

Bouillon ; tilleul ; six ventouses sèches aux cuisses ; pédiluve.

Pendant sept jours, Mignalle se présente à la visite du matin. Il se plaint de frissons passagers, suivis de chaleur, de douleurs parfois aiguës dans la poitrine. La peau est un peu chaude et sèche dans la journée ; le soir, le pouls devient plus fréquent, un léger mouvement fébrile se fait sentir, les douleurs s'accusent ; au bout de quatre ou cinq heures survient une amélioration sensible ; la peau se couvre de moiteur et le malade s'endort. La toux reste rare, la respiration est rude à la base de la poitrine, côté gauche ; on perçoit l'existence de quelques bulles de râle sous-crépitant. Anorexie ; la face est toujours très pâle.

Dans cette période de temps, le sulfate de quinine est administré quatre fois ; huit ventouses sèches appliquées sur les parois thoraciques, un vomitif, un purgatif, constituent le traitement, sans résultat avantageux.

9^e jour. La douleur a été vive pendant la nuit précédente, au-dessous du sein gauche ; elle s'exaspère par les mouvements de la respiration ; toux rare, point d'expectoration ; pouls plein, à 104 ; peau sèche et chaude ; signes d'engouement à la base du poumon gauche, sans frottement pleural ; pas de coloration du visage. Diète ; orge ; trois ventouses scarifiées à la base du poumon ; potion émétisée 0,25 centigrammes.

10^e jour. Douleur très vive, persistante à gauche. Respiration anxieuse ; pouls à 108 ; chaleur âcre à la peau. L'émétique a provoqué deux vomissements ; pas de selles depuis deux jours ; submatité à la base du poumon gauche ; respiration soufflante en ce point ; respiration rude du côté droit ; toux rare, sans expectoration. Diète ; orge ; potion émétisée à 30 centigr. ; vingt sangsues au point douloureux ; lavement émollit.

11^e jour, Pouls à 100, mou, déprimé. La potion stibiée est tolérée complètement ; ni selles, ni vomissements ; expectoration de quelques crachats blancs, très aérés, gommeux.

Bouillon ; orge ; julep kermésisé 30 centigr. ; lavement huileux.

12^e jour. Douleurs très aiguës au côté droit, au-dessous du sein ; frissons pendant la nuit ; expectoration visqueuse, rouillée, en très petite quantité. A gauche : matité à la base du poumon, égophonie. A droite : râle crépitant au-dessous du creux axillaire et en arrière ; dyspnée ; pouls à 112, sans être large et plein ; 40 inspirations ; chaleur âcre et brûlante de la peau ; face toujours très pâle ; une selle.

Diète ; orge ; julep kermétisé 50 centigr. ; vingt sangsues au côté droit.

13^e jour. La nuit a été meilleure, la respiration plus facile ; la douleur au côté droit est toujours vive, et s'exaspère par la pression. Son obscur au niveau du point douloureux ; souffle léger ; expectoration plus facile, rouillée, finement aérée ; pouls à 104 ; trois selles. Bouillon ; potion kermétisée 50 centigr. ; vésicatoire sur le point douloureux à droite.

14^e jour. Pouls à 110 ; dyspnée ; agitation ; teinte terreuse du visage. A gauche : matité à la base de la poitrine. A droite : souffle, matité dans le point douloureux ; râle sous-crépitant dans toute l'étendue du poumon ; l'haleine, mauvaise depuis quelques jours, est devenue fétide ; les gencives, la muqueuse buccale et pharyngienne sont saines.

Orge lactée ; bouillon ; julep kermétisé à 25 centigr. ; une tasse décoction quinquina ; vésicatoire (côté gauche).

15^e jour. Dans les efforts d'expuition, l'haleine prend une odeur gangréneuse ; toux quinteuse, très pénible ; crachats plus abondants, sueurs au visage ; pouls déprimé, à 106, respiration à 42 ; peau sèche, brûlante ; langue humide, blanche à sa base, rouge, effilée à la pointe ; lèvres pâles ; visage terreux.

L'expectoration prend divers caractères. Quelques crachats sont blancs, spumeux ; d'autres, plus largement aérés, couleur jus de réglisse, opaques au centre, laissant voir quelques stries épaisses, grisâtres. Ces crachats n'ont pas l'odeur gangréneuse de l'haleine, ils ont une odeur aigre. Le malade ne dort pas depuis quatre ou cinq jours. La mer est très grosse, les mouvements du navire sont très violents.

Bouillon ; orge ; julep kermétisé 30 centigr. ; chlorure de chaux 30 centigr. ; opium 10 centigr. 4 pilules à prendre dans la journée ; deux tasses décoction de quinquina rouge.

16^e jour. Le malade se trouve beaucoup mieux, il a dormi toute la nuit, et est encore assoupi le matin. Pouls à 104, respiration à 32 ; sonorité exagérée des parois de la poitrine en avant. A droite : râle sous-crépitant en arrière, matité au-dessous du creux axillaire. A gauche : matité à la base ; respiration rude, soufflante au sommet ; langue humide, rouge à la pointe, tremblotante. Pas de selles depuis deux jours. L'haleine, toujours fétide, conserve son odeur gangréneuse ; les crachats ont une odeur aigre très forte, ils sont plus abondants ; les uns, trois ou quatre, largement aérés, présentent une coloration jus de réglisse clair ; d'autres, abondants, épais, opaques, muco-purulents, peu aérés.

Bouillon ; orge lactée ; eau vineuse ; potion kermétisée à 20 centigr. ; 4 pilules chlorurées, opiacées. Décoction de quinquina ; lavement huileux.

17^e jour. Repos pendant la nuit. Peau moins sèche ; expectoration épaisse, sale, purulente, d'une odeur nauséuse ; quelques crachats couleur bistre ; l'haleine perd son odeur gangréneuse.

Même traitement.

18^e jour. Pouls à 108 ; peau chaude ; abattement ; crachats sanguinolents, spumeux, quelques-uns formés d'un sang noir caillé.

Le malade est évacué sur l'hôpital à terre, où l'affection suit une marche fatale ; deux hémoptysies amènent une prostration profonde. Un foyer gangréneux se vide par l'expectoration, la veille de la mort, qui survient huit jours après l'entrée à l'hôpital, le 26^e jour de la maladie.

Autopsie.- Je n'ai pu, à mon retour à la colonie, me procurer que des renseignements incomplets.

Cavité thoracique droite.- Au niveau du creux axillaire, on trouve dans le lobe supérieur une cavité mesurant 4 à 5 centimètres de diamètre. Elle contient un putrilage infect composé de détritits de tissu pulmonaire, et d'un sanie noirâtre.

Cavité gauche.- Dans le lobe inférieur, on découvre une cavité pouvant loger une noisette, bornée par une couche de tissu pulmonaire hépatisé ; les parois de cette petite caverne sont tapissées par une membrane cellulo-vasculaire. Tout autour se voient de petits foyers circonscrits, renfermant des noyaux de tissu pulmonaire sphacélé, et un grand nombre de granulations noirâtres qui paraissent être des foyers hémorragiques miliaires.

Avant de faire suivre cette observation, et la suivante, des quelques réflexions qu'elles nous ont suggérées, il est nécessaire de donner quelques renseignements commémoratifs sur les antécédents de Mignalle :

Cet homme, âgé de 28 ans, d'une constitution médiocre, d'un tempérament nervoso-bilieux, a déjà fait plusieurs campagnes dans les pays chauds. Pendant trois ans il a séjourné en Cochinchine, où il a été atteint de dysenterie. Il en est revenu convalescent, à la suite d'une cachexie paludéenne profonde, dont il portait encore l'empreinte caractéristique. Depuis son embarquement sur le *Surcouf*, Mignalle n'a présenté que quelques légers accès fébriles intermittents.

OBSERVATION II.

Gangrène pulmonaire à droite terminée par la mort¹.

Le nommé Rago (Alexandre), mousse à bord de l'*Hippocampe*, âgé de 15 ans. Entré à l'hôpital de la Réunion sous le diagnostic pleurésie, le 5 septembre 1864 ; mort le 20 septembre à quatre heures du matin de gangrène pulmonaire à droite.

Ce mousse est deux fois tombé du bord dans les eaux du Gange, en sortant de Calcutta ; la deuxième fois, au mois de juillet 1864, la mer était mauvaise, le sauvetage fut difficile et l'immersion prolongée. Ramené à bord une demi-heure après sa chute, Rago rendit une grande quantité d'eau salée et ne tarda pas à se plaindre d'une douleur siégeant dans le côté droit de la poitrine, douleur qui a persisté jusqu'à la mort. D'après les renseignements fournis, une toux fréquente, accompagnée d'une expectoration catarrhale assez abondante, vint se joindre à la douleur de côté. Mais la maladie resta à peu près stationnaire jusqu'à l'arrivée de l'*Hippocampe* en rade de Saint-Denis.

5 septembre. Le mousse fut transporté à l'hôpital, et l'examen du malade fit reconnaître une pleurésie à droite à marche chronique.

14. La fièvre s'allume violente ; tous les jours suivants jusqu'au 20 septembre, le pouls se maintient de 115 à 130 pulsations. Un changement rapide se fait remarquer dans l'état du malade, la pleurésie se complique d'accidents inflammatoires dans le parenchyme pulmonaire, les crachats deviennent pneumoniques,

Du 16 au 20, la toux est incessante ; l'expectoration d'un gris sale amène le rejet de grumeaux d'un jaune sale, ayant assez de ressemblance avec du riz cuit. L'haleine est horriblement fétide ; la salle entière se remplit d'une odeur infecte, gangréneuse. La voix se couvre, les selles sont abondantes, séreuses, s'accompagnant de coliques ; l'amaigrissement marche très vite.

20. L'enfant meurt, en rendant des flots de sang par la bouche et les fosses nasales.

AUTOPSIE.- *Cavité thoracique.* Le poumon gauche est sain. Sur le poumon droit seul roule l'histoire de cette nécropsie. Adhérences internes du tissu pulmonaire avec le diaphragme et les parois thoraciques, principalement avec le sternum. Sa couleur est d'un gris verdâtre ou d'un vert sale tirant sur le noir. Sa consistance est assez semblable à celle des cancers mous de l'estomac.

Trois cavités sont creusées dans le poumon, deux dans le lobe moyen, une dans le lobe inférieur, et contiennent un liquide analogue à celui de l'expectoration, par son aspect et son odeur.

Deux d'entre elles sont tapissées d'une membrane semblable à celle d'un kyste, mais de couleur gris verdâtre. Cette membrane se détache avec des pinces. La caverne du lobe inférieur en est dépourvue.

Autour de ces cavités le tissu est dense, carnifié.

Trachée.- La trachée est obstruée par un long caillot de sang.

L'abdomen, la *cavité crânienne* ne présentent rien à noter.

Les faits de la nature des deux précédents ne sont pas très rares, et, n'était l'isolement où je me trouve, mon éloignement de l'École, j'aurais, je le crois, pu récolter un nombre assez grand d'observations analogues dans les hôpitaux de la marine et dans les souvenirs de mes collègues, car la population maritime me paraît la plus exposée aux conditions du développement de la gangrène pulmonaire².

¹ Je dois cette observation à l'obligeance de mon collègue et ami M. le Dr Coustan, médecin de la marine ; elle a été recueillie à l'hôpital de Saint-Denis (île de la Réunion).

² Au mois de février 1867, à l'hôpital Saint-Éloi, un matelot du commerce était convalescent de gangrène pulmonaire, suite d'immersions prolongées plusieurs fois répétées. La maladie a duré sept mois et s'est terminée par la guérison, après expectoration d'une quantité considérable de pus infect et de tissu sphacélé. L'observation n'a pu m'être communiquée.

Parmi les causes de cette affection gangréneuse, en effet : pneumonie franchement inflammatoire, pneumonie de nature septique, apoplexie pulmonaire, l'apoplexie pulmonaire me paraît tenir une des premières places, soit qu'elle résulte de l'asphyxie par submersion, soit qu'elle provienne de l'impression générale et subite du froid sur le corps d'un homme en état d'ivresse. Cette dernière forme d'apoplexie pulmonaire est la plus commune ; il est un préjugé, détestable, fortement enraciné chez le matelot, qui se charge, au reste, d'en fournir de nombreux exemples. L'eau froide dégrise, dit-on, et largement on arrose son camarade dans le but de le faire revenir à lui-même, le plus souvent par un sentiment de bienveillance et de douce confraternité, pour lui faire éviter une punition, s'il a le vin bruyant. Le principe s'appuie sur des faits incontestables ; plus d'une fois l'intelligence se réveille sous l'effet de la douche, si l'alcoolisme n'est pas porté à un haut degré ; et ce succès est suffisant pour assurer une longue durée à cette pratique dangereuse, irresponsable, aux yeux du matelot, des conséquences fâcheuses qui en peuvent être la suite. Surviennent un accident, la quantité d'alcool ingérée sera seule coupable.

Entre autres faits que je pourrais citer, l'un d'eux m'a plus particulièrement frappé par les circonstances dont il fut accompagné. Il s'est passé sur l'*Abeille*, en station à la Guyane française, en 1861 ; je ne ferai que l'indiquer : A huit heures du soir, au moment de quitter le pénitencier de l'îlot La Mère, pour se rendre à bord comme passagers, deux transportés, hommes très robustes qui, quoique jeunes encore, avaient acquis déjà cette célébrité fatale qui s'attache au nom des grands coupables, s'étaient emparés de la ration de tafia de leurs compagnons, au nombre de 40, et d'un seul coup en avaient bu chacun la moitié. A l'instant même ces hommes tombaient foudroyés et étaient pris d'un délire furieux. Embarqués avec peine à bord de l'avis, ils furent mis aux fers sur le pont, étendus sur une couche épaisse de paille, les mains solidement attachées derrière le dos. Au moment de l'appareillage, leurs cris, leurs convulsions, gênaient la manœuvre rendue difficile au milieu d'une nuit noire, sur un pont encombré de passagers, et un matelot, voulant bien faire et éviter aux forcenés tapageurs le supplice du bâillon, les inonda brusquement d'eau froide. L'effet ne se fit pas attendre : les deux transportés ne criaient plus, ne s'agitaient plus, et l'appareillage se fit en silence. Une demi-heure s'écoula ainsi : le navire avait pris sa marche, chacun s'arrangeait pour la nuit quand on s'approcha avec un fanal des deux malheureux. Ils ne donnaient aucun signe de vie. Je fus appelé immédiatement, et j'eus à constater la mort de l'un d'eux, homme de 30 ans ; le second, âgé de 21 ans, me présenta tous les signes d'une violente congestion pulmonaire, qui céda au traitement employé et se dissipa sans complications.

Le mécanisme de la congestion pulmonaire, de la formation des foyers hémorragiques dans le parenchyme pulmonaire, a été élucidé par les travaux de MM. Laurence, Genest, Guéneau de Mussy, Tardieu, Firmin, etc. Il peut s'appliquer dans l'espèce. Sous l'influence du froid, le sang fuit la périphérie, afflue vers le centre, et s'infiltré entre les vésicules ou les lobules pulmonaires ; si la congestion est plus violente, une ou plusieurs vésicules se rompent et un caillot remplit la petite cavité. A un degré plus élevé encore, c'est l'apoplexie proprement dite, avec déchirure du tissu et formation de larges foyers sanguins. L'infiltration apoplectique (Guéneau de Mussy) est, dans les cas qui nous occupent, l'accident le plus fréquent, car l'on voit rarement survenir les crachements de sang ; mais elle suffit, quand elle se généralise, pour déterminer la mort.

Dans l'observation n° I, la marche, les symptômes, la durée de la maladie, l'autopsie, dessinent le mécanisme de la gangrène. Au début : signes d'une congestion pulmonaire violente, oppression vive, suffocation, douleurs aiguës dans toute la poitrine, localisées principalement dans le côté gauche ; altération profonde des traits, anxiété extrême.

Pendant une semaine, les symptômes ne s'accusent pas franchement ; mais au neuvième jour, des accidents graves se déclarent, et l'on voit se dérouler à tour de rôle une pleuro-pneumonie à droite, et une pleuro-pneumonie à gauche ; l'infiltration hémorragique joue le rôle d'un véritable corps étranger, et par sa présence irrite les tissus et en détermine l'inflammation. Le parenchyme enflammé se gorge de sucs ; il est comprimé par les noyaux hémorragiques, ses vaisseaux ne sont plus perméables, il se sphacèle.

La gangrène, en ce cas, n'est pas le produit d'une inflammation violente suraiguë ; elle a sa cause dans l'isolement où se trouvent les portions limitées du parenchyme pulmonaire, où la circulation ne saurait pénétrer. Elle a aussi sa cause dans l'état général du malade, dont la constitution est profondément débilitée par des maladies antérieures, par la cachexie paludéenne et l'anémie consécutive.

L'observation n° II peut donner lieu aux mêmes réflexions que ci-dessus. La même cause a été suivie d'effets analogues, mais moins généralisés. A cette cause manquait un élément de sa violence,

l'alcoolisme. Le jeune mousse s'est longtemps débattu, il a fait de violents efforts, pour échapper à l'asphyxie imminente, et chaque effort détermine un raptus nouveau, augmente la congestion pulmonaire. L'infiltration hémorragique s'est localisée dans trois points isolés du poumon droit ; à la longue, elle a déterminé le sphacèle du tissu envahi et la formation de trois foyers gangréneux. Comme dans le premier cas, l'inflammation précède l'apparition de la gangrène, elle en est la cause occasionnelle, en déterminant la turgescence du parenchyme et rendant efficace la compression exercée par les noyaux hémorragiques, qui jusque-là avaient pu se faire tolérer. Dans les deux cas, l'hémorragie qui se fait à la surface de l'ulcère gangréneux détermine la mort.

MALADIES DES YEUX.- Les maladies des yeux sont représentées dans la statistique par deux cas de conjonctivite catarrhale et un cas d'ophtalmie purulente, qui a débuté le jour où le *Surcouf* quittait le mouillage de Bassorah.

Observation : Le nommé Pérault, 27 ans, matelot chauffeur, se présente de grand matin à ma visite, le 28 mars. La veille, il est descendu à terre, et peu de temps après sa rentrée à bord, dans la soirée, il a éprouvé une sensation de prurit à la face interne des paupières de l'œil gauche, sensation qu'il attribuait à la présence d'un corps étranger.

Le malade n'a pas dormi. Il éprouve dans l'œil une douleur vive, brûlante, des douleurs périorbitaires, du trouble de la vue. La conjonctive est d'un rouge vif. La paupière supérieure est tuméfiée. Il y a écoulement d'un liquide muco-purulent.

La marche si rapide des signes de la phlogose conjonctivale, le malade n'ayant pas d'urétrite, me fit penser à l'ophtalmie purulente, endémique à Bassorah, et je demandai immédiatement à séparer ce malade du reste de l'équipage. Pérault fut isolé dans un poste en toile à l'arrière du faux-pont, et couché dans un cadre. Le mouchoir qui avait essuyé le liquide sécrété pendant la nuit, fut plongé aussitôt dans une solution chlorurée, et lavé à grande eau.

Traitement : Collyre ; nitrate d'argent 4 grammes ; eau distillée 30 grammes. 8 sangsues à l'angle externe de l'œil ; elles sont appliquées l'une après l'autre, de manière à obtenir un écoulement de sang continu. Calomel 1 gramme en cinq doses.

L'œil sain est soigneusement lavé avec de l'eau acidulée, et recouvert d'une couche de ouate, de façon à le soustraire à toute contagion.

Le soir, la paupière supérieure infiltrée, œdémateuse, tombe sur la paupière inférieure, tuméfiée elle-même. Leurs bords sont renversés en dehors, la conjonctive est d'un rouge foncé, et forme autour de la cornée un bourrelet saillant.

Traitement : 8 sangsues appliquées comme précédemment ; irrigation continue d'eau fraîche additionnée d'une minime quantité de chlorure de chaux.

Les 2^e, 3^e, 4^e jours de la maladie, le pus s'écoule en abondance de la fente palpébrale. Un blépharospasme prononcé empêche le renversement des paupières. Peu de réaction fébrile.

Traitement : les mêmes soins sont continués. Calomel à la dose de 1 gramme par jour ; irrigation continue ; injection toutes les deux heures du collyre argentique.

Le 5^e jour, le chémosis est moins saillant, la conjonctive est boursoufflée, d'un rouge sombre, recouverte de grains rouges confluents, principalement à la paupière supérieure. L'écoulement de pus est abondant. La cornée présente dans son limbe inférieur, près de sa circonférence, une ulcération irrégulière, de petite étendue, entourée d'une tache nébuleuse.

L'œil droit est visité chaque jour avec le plus grand soin, lavé à l'eau acidulée, et recouvert aussitôt d'une couche de coton cardé, maintenu par un tour de bande. Les gencives sont tuméfiées, rouges et saignantes.

Traitement : le traitement externe est continué. la solution argentique est réduite à 2 grammes de sel pour 30 grammes d'eau ; le calomel est supprimé, et remplacé par la tisane d'orge additionnée de crème de tartre 15 grammes ; bouillons.

Du 6^e au 11^e jour, l'amélioration se prononce peu à peu. L'écoulement de pus devient de moins en moins abondant, les voiles palpébraux sont moins tuméfiés, moins œdémateux, l'ulcération de la cornée reste stationnaire. La conjonctive est moins rouge.

Pendant cette période de temps, les irrigations ont été suspendues par intervalles. L'eau très légèrement chlorurée est remplacée par la solution suivante : tannin 10 grammes, eau 1 000 grammes.

Le 15^e jour, les paupières sont à peu près revenues à leur état normal. Les conjonctives sont d'une teinte rosée ; elles sont lisses, mais encore un peu boursoufflées. Le chémosis a disparu, l'épanchement inter-cornéen et l'ulcère de la cornée restent les mêmes. L'écoulement de pus est remplacé par du

larmolement, l'état général est bon, l'œil sain est rendu à la lumière, et Pérault a permission de se lever ; il mange le quart avec appétit ; son isolement cesse.

Du 15^e au 41^e jour, le traitement est dirigé contre l'ulcère cornéen, qui se répare lentement. Le moyen employé en dernier lieu, et qui me paraît avoir décidé la cicatrisation, est l'application d'un *cataplasme mercuriel*, tel qu'il est décrit par Ch. Deval. (*Traité des maladies des yeux*, pag, 121.) A ce moyen j'ai associé : à l'extérieur, des frictions sur le front et les tempes soit avec l'onguent napolitain belladonné, soit avec quelques gouttes de chloroforme, d'après la pratique du professeur Bouisson (de Montpellier), pour combattre les douleurs péri-orbitaires intermittentes ; à l'intérieur, tous les quatre jours quelques grains d'aloès et de calomel.

Le 41^e jour après le début de la maladie, la guérison est complète. Les conjonctives sont à leur état normal, elles sont lisses et polies ; quelques traces de vascularisation éparses témoignent de l'inflammation violente dont elles ont été le siège. L'ulcère cornéen est cicatrisé complètement. A sa place il reste un noyau leucomateux circonscrit par une tache ovalaire peu étendue. Cette tache, située près du bord de la cornée, ne nuit en rien à la vision.

Dans l'observation ci-dessus, l'ophtalmie purulente s'est montrée sous une forme relativement bénigne, et s'est terminée de la façon la plus heureuse. Elle présente ce fait exceptionnel qu'un seul œil a été atteint. Cette immunité de l'œil droit me paraît due aux précautions minutieuses qui ont été prises pour empêcher les liquides purulents d'étendre leur action virulente : *irrigations continues sur l'œil malade, lavage de l'œil sain à l'eau acidulée, son occlusion complète à l'aide d'une couche de ouate*.

Nous sommes ainsi conduit naturellement à dire quelques mots des causes de l'ophtalmie purulente des adultes.

Cette affection, désignée aussi sous le nom d'ophtalmo-blennorrhée, d'ophtalmie d'Égypte, des armées, d'ophtalmie Belge, suivant le lieu et le milieu où on l'observe à l'état endémique, a été depuis 1814 le sujet des études savantes des médecins de la Belgique, où elle s'est établie endémiquement depuis cette époque, après avoir fait de nombreux ravages dans l'armée et même au sein de la population. Si les opinions les plus contradictoires se sont manifestées sur la nature de la maladie, sur les causes, sur la spécificité ou non-spécificité des granulations de l'ophtalmie militaire, il est toutefois resté, de ces travaux consciencieux, des documents précieux pour l'étude des symptômes, de l'anatomie pathologique, et une masse de faits où l'on peut puiser les indications du traitement le plus favorable, en même temps que les moyens les plus propres à combattre l'extension de la maladie, si elle apparaît au milieu d'une réunion d'individus.

Parmi les nombreux travaux ayant trait à ce sujet, nous devons surtout citer ceux de MM. Caffé, Buys, Warlomont, Vlemincks, Seutin et Thiry. Ce dernier auteur, dans un débat célèbre au sein de l'Académie de médecine de Belgique, en 1859, s'est surtout attaché à démontrer la non-spécificité des granulations prétendues caractéristiques de l'ophtalmie belge, et a donné la description de l'espèce, pour lui unique, des granulations spécifiques propres à la blennophtalmie virulente. Pour le savant professeur, les granulations de l'ophtalmie belge ne sont que le développement pathologique d'éléments anatomiques normaux de la muqueuse conjonctivale, et les véritables granulations, *granulations thyriennes*, comme elles sont désignées par MM. Guyomar et Delvaux, n'ont rien de commun avec les précédentes ; elles émanent d'un exsudat plastique qui s'organise, et sont la manifestation d'un virus granuleux, transmissible, par inoculation de la muqueuse conjonctivale, à la muqueuse des organes génitaux. A la conjonctivite granuleuse correspondrait une inflammation spécifique identique et ayant pour siège la muqueuse de l'urètre, du vagin et du col utérin.

Les *causes* de l'ophtalmie purulente ont été cherchées : 1^o dans les influences extérieures propres au pays où la maladie est à l'état endémique. Desgenettes les trouvait dans la lumière vive répandue sur les immenses plaines de l'Égypte, dans la nature du terrain sec et friable, dans les oscillations de la température des jours et des nuits.

2^o Dans les habitudes, les exigences de la vie des armées en campagne. Les ophtalmies blennorrhées développées dans l'armée prussienne reconnaissent pour cause, d'après Hufeland, la transition brusque d'une vie sédentaire à la vie active, l'obligation de coucher des mois entiers sur la terre humide et à la belle étoile ; enfin, la coupe des cheveux pratiquée brusquement sur des hommes qui jusque-là portaient une longue chevelure.

Parmi les médecins belges, quelques uns rattachent au même ordre de causes : la compression exercée sur le pourtour de la tête et du cou par le schako et le col, le régime alimentaire des soldats,

l'insalubrité des casernes, l'encombrement, l'action du sable, de la craie, du tripoli, affectés au nettoyage des uniformes.

Toutes ces causes ne sauraient être regardées comme déterminantes de la blennophtalmie. En bien d'autres lieux qu'en Égypte, la lumière est vive, les oscillations thermométriques nyctémérales plus prononcées encore, et l'ophtalmie purulente ne se montre pas. La position du soldat au point de vue hygiénique est à peu de chose près partout la même, dans toutes les armées d'Europe, et cependant l'ophtalmie n'apparaît qu'à de longs intervalles et dans des zones limitées.

La cause la plus commune de l'ophtalmo-blennorrhée réside dans la puissance contagieuse du liquide sécrété, que cette propriété contagieuse s'exerce seulement par contact direct, immédiat, ou qu'elle s'exerce médiatement par l'intermédiaire de l'air, qui se chargerait des miasmes produits par l'évaporation des liquides, opinion défendue par M. Gaffe, et à sa suite par nombre de praticiens.

Admise par tous, l'inoculation directe, immédiate, consiste dans le transport sur un œil sain du mucus virulent fourni par un œil malade, transport effectué par les doigts, les linges, les éponges, les instruments, les objets de literie, les insectes et plus particulièrement les mouches.

En Orient, dans les lieux où la maladie est endémique, cette dernière cause est peut-être de toutes la plus fréquente. Le D^r Cordier, dans sa thèse inaugurale, décrit d'après nature « cette mouche syrienne, entêtée, vorace, âpre à la curée, qui meurt plutôt que d'abandonner sa pâture », et qui s'oppose par la force à la population malpropre, aux dépens de laquelle elle entend vivre. Le tableau esquissé par M. Cordier, où il nous montre un groupe de fellahs causant ensemble sans se préoccuper des parasites ailés qui se sont établis au grand angle de l'œil de chacun, est également vrai dans toutes les malheureuses contrées d'Orient où ne domine pas encore l'élément européen. Partout, dans les basses classes, même incurie, même insouciance, même ignorance des précautions à prendre pour se préserver d'un mal à venir, d'un danger à courir.

La mouche connaît son peuple ; nulle part elle ne se montre si arrogante. Elle a vaincu par sa ténacité, s'est fait prendre en habitude. C'est un tyran de plus qu'il faut supporter ; on le supporte, on l'engraisse.

La nature de l'alimentation, qui se compose en grande partie de dattes, de miel, de fruits, de préparations sucrées, appelle l'inexorable diptère, la malpropreté lui étale partout sa pâture. Les doigts imprégnés de matière sucrée se portent aux yeux pour les débarrasser de la poussière fine, brûlante, qui se lève au moindre souffle, et déposent à l'angle interne de l'œil la nourriture des mouches, qui souvent portent avec elles le fatal virus recueilli sur des yeux malades.

La contagion médiate par l'intermédiaire de l'air ambiant, véhicule du miasme blennophtalmipare, est moins généralement admise. Cette opinion, professée par le D^r Caffé dans un mémoire publié en 1838, a trouvé des adhérents. M. Decondé parle de chiens atteints d'ophtalmo-blennorrhée à la suite d'un séjour un peu prolongé dans la niche d'un chien infecté. D'après le D^r Carron du Villards, l'infection miasmatique atteindrait de la même façon les sujets placés dans un local étroit et mal aéré, à côté de sujets infectés. D'autres exemples sont cités à l'appui de cette opinion. Mais, en face de ces faits, difficiles à prouver, de contamination médiate, se dressent des faits en très grand nombre qui tendent à prouver le contraire.

L'observation ci-dessus montre que j'ai réglé ma conduite dans le sens de l'opinion des médecins qui admettent la contagion médiate ; j'ai cédé au doute, préférant exagérer les précautions, pour mettre de mon côté les meilleures chances de l'extinction de la maladie sur place. Il me paraît sage d'agir toujours de la même façon, à bord des bâtiments surtout, dans des circonstances analogues.

Voici, en peu de mots, les mesures hygiéniques que je croirais utile de prendre en pareil cas :

1° Isoler le malade.

2° Pour le protéger lui-même d'une infection double, si un seul œil a été atteint, recouvrir l'œil sain d'une couche de ouate, laver cet œil avec de l'eau acidulée ou de l'eau de chaux très faible. Les irrigations continues ont l'heureux avantage d'enlever à chaque moment les molécules purulentes et d'empêcher leur séjour sur les paupières, sur la face, où, par leur contact, elles provoquent souvent des excoriations.- Les irrigations peuvent être faites avec de l'eau contenant une minime quantité de chlorure de chaux.

3° Le poste où est isolé le malade doit être peint à la chaux plusieurs fois dans le cours de la maladie. Si on craignait l'éclat d'une lumière trop vive, dans le cas où le poste recevrait directement les rayons solaires, on donnerait facilement une teinte neutre à cette couche de peinture.

4° Les linges à pansements seront aussitôt jetés à la mer.

5° La plus grande propreté régnera autour du malade. L'air sera renouvelé par une ventilation modérée, le plus souvent possible.

6° Les draps ayant servi au malade seront plongés aussitôt dans une baille contenant de l'eau chlorurée et lavés à grande eau. Les objets de literie, traversins, matelas, seront jetés, s'ils sont souillés par le liquide purulent.

7° Médecins et infirmiers veilleront avec un soin minutieux à ne pas devenir eux-mêmes les agents de la contagion.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LE BOUTON D'ALEP

ou ULCÈRE D'ORIENT



Le nord du golfe Persique est la limite au sud d'une affection endémique, connue généralement sous le nom de bouton d'Alep, que l'on trouve établie dans une zone comprise entre les 30° et 37° degrés latitude nord, et les 34° et 60° degrés longitude est. Cet exanthème tuberculeux se rencontre jusque dans l'île Karak ; mais là ses manifestations sont plus bénignes et moins accusées ; il y apparaît assez rarement et ne s'adresse pas à toute la population indigène, comme on le voit à Alep, Orfa, Diarbekir, Mossoul et Bagdad.

C'est principalement pendant mon séjour dans cette dernière ville que j'ai pu voir un grand nombre de spécimens de cette affection, qui emprunte à la plupart des maladies cutanées les formes les plus variées.

La définition : bouton d'Alep, est donc mauvaise à un double titre. En premier lieu, l'affection n'est point isolée sur un point unique et se rencontre sur un large espace ; de plus, elle ne revêt pas toujours le même caractère boutonneux. C'est avec raison que le professeur Barallier (de Toulon), dans un excellent article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, trouverait préférable l'expression « bouton ou ulcère d'Orient », donnée par le D^r Villemin (*Mémoire sur le bouton d'Alep*). Les Arabes nomment la maladie, d'après un de ses caractères, « ulcère d'un an ».

DÉFINITION.- En ayant en vue la forme type, on peut définir le bouton d'Alep : une affection cutanée, apyrétique, non contagieuse ; caractérisée par l'éruption d'un ou plusieurs tubercules, qui, suivant dans leur évolution des périodes toujours les mêmes, paraissent dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'attaquent ensuite à la peau, qu'ils ulcèrent dans une durée moyenne d'une année, et laissent après eux une trace indélébile.

CAUSES.- 1° *Régime des eaux.* Les causes de cette affection sont aujourd'hui encore complètement ignorées. A Bagdad comme à Alep, on pourrait incriminer les eaux du fleuve, car il est remarquable qu'à une heure de marche en s'éloignant du Tigre, le bouton n'apparaît plus. Un village non loin de la ville en est complètement indemne, et l'on pourrait ainsi, en adoptant l'idée ingénieuse du D^r Guilhou, suivre sur la carte la marche du bouton d'après le tracé du fleuve, et montrer l'ulcère s'attachant au cours du Tigre aussi fidèlement qu'on le voit s'attacher au cours de la rivière Koïq, dans le pachalik d'Alep.

Mais il n'est nullement démontré que la cause productrice de la maladie soit unique et réside tout entière dans l'usage des eaux du Koïq et du Tigre, puisque la même affection se rencontre dans des localités soumises à des conditions tout autres. Pour admettre l'opinion du D^r Guilhou, et croire avec lui à la nocuité des eaux qui traversent Alep, il faudrait prouver l'existence d'un principe identique dans les fleuves et les sources qui fournissent les eaux potables aux populations atteintes de l'exanthème Alépin, ce qui n'a pas été fait. Ce principe n'a pas été encore démontré. Guilhou accuse l'alcalinité des eaux du Koïq ; d'autres auteurs accusent, sans plus de preuves, les matières organiques qu'elles laissent déposer en grande quantité.

2° *Piqûre d'un insecte.* La coïncidence de l'apparition plus fréquente du bouton et de la maturité des dattes, une des meilleures productions de l'Irak-Arabie, a fait penser à une relation de cause à effet. La datte elle-même ne serait plus ici, comme à Biskra pour le bouton des Zibans, accusée de produire l'endémie ; ce serait un insecte, véritable parasite du fruit du dattier, qui inoculerait le mal.

Personne ne peut donner la description de l'insecte. C'est là une pure hypothèse qui, comme la précédente, s'appuie sur des raisons spécieuses : la coïncidence dont je viens de faire mention, et en outre l'apparition du bouton sur les parties découvertes du corps. C'est en effet à la face, sur les pieds, les mains, les avant-bras, et principalement sur la partie dorsale de ces régions, que l'on rencontre le plus souvent l'ulcère. Au secours de cette opinion, on appelle les cas où la maladie s'est montrée sur le tronc, chez des personnes habituées à dormir sans se couvrir. J'ai moi-même été témoin d'un fait de ce genre. M. X..., européen, en résidence à Bagdad, portait son bouton sur la fesse droite. Suivant l'usage rendu nécessaire dans le pays, M. X... dormait la nuit sur sa terrasse à l'époque des fortes chaleurs, et rejetait toute couverture.

A ceux qui croient à l'existence de l'insecte contaminateur, et à ceux qui accusent le régime des eaux, je ne puis offrir aucun argument. Pendant un mois, le *Surcouf* a navigué dans la zone habitée par l'ulcère d'Orient ; l'équipage ne recevait que de l'eau distillée ; et si dans leurs courses à l'extérieur, les hommes ont bu l'eau du fleuve, on ne saurait rien conclure de l'ingestion accidentelle de cette boisson. Je dois ajouter que nous étions au mois de février, à l'époque où les dattiers ne tarderont pas à être en fleur.

En dehors des causes si controversables que nous venons d'indiquer, si l'on interroge les influences diverses de climat, de régime, de l'alimentation, des habitudes, qui dans chaque pays agissent sur la population de manière à créer des aptitudes morbides spéciales, on ne trouve rien à rendre responsable de l'existence du bouton d'Orient.

Les praticiens qui ont longtemps exercé au milieu de l'endémie reconnaissent pour la plupart qu'il y a là un inconnu, et dans l'article mentionné précédemment, M. Barallier cite l'opinion du D^r Sucquet (de Beyrouth), opinion formulée ainsi : « Les causes du bouton d'Alep, comme celles de plusieurs maladies, sont encore un mystère que la science pourra éclaircir un jour, il faut l'espérer, mais qu'elle ne peut encore expliquer ».

En terminant cet exposé rapide des causes de l'ulcère d'Orient, je rappelle une idée fort accréditée à Bagdad. Les Juifs, dit-on, offrent au bouton une plus grande résistance que les autres indigènes, et pour trouver à ce fait une explication, on l'attribue à la grande quantité d'huile, qui, dans le pays, fait partie de l'alimentation de cette race. Je n'ai point été en position de vérifier la valeur de ces idées populaires ; mais le fait en lui-même peut paraître étrange, si l'on songe que « le bouton sévit avec plus d'énergie sur les sujets d'un tempérament lymphatique et affaiblis par des maladies diathésiques, par une nourriture insuffisante en qualité et en quantité, et par de mauvaises conditions hygiéniques. » (Barallier, *loc. cit.*) Dans cette partie de l'Orient, en effet, on remarque avec douleur l'état de décrépitude morale, d'affaissement physique où est tombée la race Juive, si belle encore par la forme dans certaines contrées et si intelligente là où elle peut se développer en toute liberté.

Le bouton n'épargne aucun des indigènes, et se montre généralement dans le cours de la première enfance, mais rarement avant deux ou trois ans. Je l'ai vu sur un enfant à la mamelle sous la forme d'un impétigo. C'est là une exception.

Les étrangers peuvent rester indemnes de la maladie, mais le fait n'est pas ordinaire. La durée du temps de séjour nécessaire à la manifestation de l'endémie est très variable. Parfois quinze jours, un mois suffisent, et c'est alors au moment des chaleurs, époque de la maturité des dattes ; en d'autres cas, un long temps s'écoule. On cite des exemples de personnes atteintes après avoir quitté Bagdad depuis des années. Le Dr Villemin parle d'un sujet qui a présenté le bouton trente-cinq ans après son départ d'Alep.

SYMPTÔMES.- Le bouton, dans sa forme type, apparaît indolent, sans prodromes, sous l'aspect d'une petite élévation de coloration rosée, entourée à sa base d'une légère rougeur. Il s'accroît insensiblement, atteint la grosseur d'un pois ou d'une petite fève, et parvient ainsi jusqu'au quatrième ou au cinquième mois, n'annonçant sa présence que par une démangeaison quelquefois assez forte. Sa surface, dans ce laps de temps, est le siège d'une petite desquamation.

Vers le cinquième mois, la période de ramollissement commence. Au sommet du tubercule, se voit à la loupe une petite vésicule très ténue. En soulevant avec précaution cette vésicule, on remarque qu'elle adhère par son centre à un petit filet blanc qui s'enfonce dans l'épaisseur du derme. La plus

légère traction déchire ce mince filet, et donne lieu à un jet de sang. Ces détails descriptifs m'ont été fournis par le D^r Asher, médecin allemand, attaché à l'hôpital de Bagdad.

La vésicule s'agrandit, laisse suinter un liquide séreux, plastique, qui se coagule et donne naissance à une croûte humide et blanchâtre. Cette croûte protectrice, adhérente au pourtour de l'ulcère, se dessèche souvent ; elle se fendille pour laisser passer le pus sous-jacent, se reformant aussitôt après par le dépôt plastique d'une nouvelle couche qui se concrète et se place sous la croûte précédente, qu'elle soulève. On voit ainsi parfois une véritable stratification de couches successivement formées, dont la dernière recouvre immédiatement la surface de l'ulcère.

Parfois aussi, la croûte se détache en entier ou est arrachée maladroitement par le malade. Chose à éviter, car l'ulcération tend alors à s'accroître avant la formation de son nouveau couvercle protecteur, et le bouton peut être le siège de vives douleurs.

A chaque chute de la croûte, le fond de l'ulcère est tantôt inégal, peu profond, bourgeonné, et de couleur de chair vive ; tantôt lisse et sans bourgeons charnus. Il se réunit aux bords par une pente presque insensible. D'après le D^r Suquet, cité par le professeur Barallier, « l'auréole, semée de petites élevures tuberculeuses, qui circonscrit l'ulcère, est insensible, et cette anesthésie très limitée serait le caractère distinctif du bouton d'Alep. Il rapprocherait cet exanthème des excroissances tuberculeuses de la lèpre. »

Le pus fourni par l'ulcération est plus ou moins abondant, très plastique, séreux ou purulent, blanc ou jaunâtre, inodore souvent ; mais quelquefois aussi, chez certains sujets, il est mal lié, d'une odeur fétide, et constitue la plus grande incommodité pour les malades, si le bouton réside à la face.

La période de suppuration dure cinq à six mois. Il se forme alors une dernière croûte plus solide, plus adhérente que les précédentes ; le tubercule diminue de volume, il abandonne sa teinte rougeâtre et pâlit dans le centre ; le jour enfin où la dernière croûte se détache d'elle-même, elle met à nu une surface d'un rouge vif d'abord, dont la teinte s'efface peu à peu, pour se rapprocher de la coloration normale. D'après M. Barallier, la sensibilité des parties sur lesquelles s'étaient développés les petits tubercules marginaux, ne se rétablit qu'ultérieurement et avec une extrême lenteur.

Le point où le bouton a parcouru ses phases d'évolution en conserve toujours l'empreinte sous forme d'une cicatrice indélébile, analogue aux cicatrices blanches qui succèdent à la brûlure. Elle est en général superficielle, quelquefois cependant assez profonde. Son diamètre, variable suivant la largeur de l'ulcération, est souvent celui d'une pièce de 20 ou 50 centimes ; il peut atteindre, mais rarement, 4 à 5 centimètres.

DURÉE.- La durée de l'évolution du bouton est à peu près d'une année et se prolonge, en certains cas, à quinze et dix-huit mois. Villemin parle d'un Alépin dont la maladie s'était prolongée exceptionnellement pendant cinq ans.

SIÈGE.- La maladie se développe presque exclusivement à la face et aux extrémités. A la face, c'est plus particulièrement le milieu de la joue, et souvent les deux joues, le côté du nez, la paupière supérieure, le front, qui en sont atteints ; aux avant-bras, c'est plus spécialement le poignet, la face dorsale du membre ; aux jambes, aux pieds, c'est encore la face dorsale qui est pour ainsi dire le lieu d'élection. Très rarement le bouton apparaît sur le tronc ; cependant il peut s'y développer, et j'ai précédemment cité un cas où il occupait la fesse droite.

VARIÉTÉS.- Le nombre seul des tubercules a fait donner à la maladie le nom de *bouton mâle*, si le bouton est unique, et de bouton femelle, s'il est multiple, distinction qui n'a pas sa raison d'être, car l'affection suit, dans les deux cas, la même marche. Le médecin anglais Russel (*Histoire naturelle d'Alep*) parle aussi d'une autre variété, le *bouton neutre*, attribué par erreur dans le pays à la morsure du cloporte. Le bouton neutre n'est que la manifestation affaiblie et bénigne d'une nouvelle poussée de l'endémie qui menace le sujet d'une récidive.

Cette récidive est commune surtout chez les femmes et les enfants lymphatiques. Les débuts sont ceux du bouton ordinaire, mais le bouton ne dépasse pas en grosseur deux fois la tête d'une épingle ; il reste à l'état tuberculeux, sans augmenter de volume et sans causer de douleur. Au bout de quelques mois, il se couvre d'écaillés épidermiques, et disparaît.

Les variétés de formes, de caractères, sont plus importantes à étudier ; elles sont nombreuses, car le bouton emprunte souvent ces caractères aux diverses maladies cutanées, surtout à l'eczéma, l'acné, l'ecthyma et l'impétigo. Cette dernière forme est de beaucoup la plus fréquente, et si commune à

Bagdad que M. le D^r Duteuil, savant médecin français résident, me disait que l'affection mériterait le plus souvent le nom d'*impétigo annua*.

Mme X..., en séjour à Bagdad depuis huit mois, ayant déjà payé sa dette à l'endémie une première fois en Syrie, me fournit un exemple. L'impétigo, situé à cheval sur la racine du nez, s'étendait largement de chaque côté des joues et recouvrait ses pommettes d'une croûte jaune soufrée. La suppuration n'était pas abondante et n'avait que peu d'odeur.

Dans les cas de ce genre, il peut être difficile d'établir un diagnostic certain ; il faut avoir égard aux lieux que l'on habite, au mode de développement de l'affection, à son siège, à l'insensibilité des bords de l'ulcère, pour formuler son opinion.

PRONOSTIC.- La maladie n'a pas le plus souvent la moindre gravité : elle constitue une gêne, une incommodité à laquelle on porte moins d'attention, puisqu'il faut se soumettre à la loi commune. Cependant, quand elle atteint des sujets diathésiques, scrofuleux ou syphilitiques, elle peut se compliquer d'accidents sérieux, ou tout au moins laisser après elle des cicatrices larges et difformes, surtout si elle occupe les paupières, un des côtés du nez ou les lèvres.

TRAITEMENT.- Le traitement paraît ici à peu près inutile ; avec ou sans traitement, l'exanthème spécifique suit son cours, et les cautérisations au fer rouge, au nitrate d'argent, au caustique de Vienne, essayées à plusieurs reprises, sont rarement suivies de succès. Cependant, quelques médecins ont pu, par ces moyens, faire avorter le bouton ; et le D^r Asher, ayant fait à ce sujet des expériences, a pu exceptionnellement obtenir un bon résultat. Ce médecin distingué se sert, comme médication abortive, d'un crayon de nitrate d'argent taillé en pointe fine et pénétrant profondément dans l'intérieur de la vésicule au moment de sa formation. La petite opération est renouvelée quatre ou cinq fois, à trois ou quatre jours d'intervalle.

Dans le cours de la maladie, deux recommandations expresses sont faites par les médecins avec lesquels je me suis trouvé en rapport : éviter de mouiller la région ou siège le mal ; prendre les plus grandes précautions pour que la croûte ne soit pas déchirée et ne se détache pas.

Quelques praticiens, dans le but de protéger plus efficacement la partie, la recouvrent d'une couche de collodion.

Mme A. suivait religieusement les conseils de son médecin ; elle portait depuis dix mois le bouton, tubercule unique, à la joue droite, non loin de l'aile du nez. La croûte de l'ulcère n'était tombée qu'une fois, des dépôts plastiques successivement coagulés s'étagaient par ordre de formation, le dernier dépôt formé soutenant la masse croûteuse. Ce tubercule avait ainsi l'aspect d'un ergot de deux centimètres de long ; à sa base, l'aurole rosée, que nous avons dite entourer le bouton, était remplacée par une teinte brune régulièrement circulaire, qui indiquait que l'eau depuis longtemps respectait cette région. L'ergot croûteux s'est détaché deux mois après mon départ, et le bouton n'a laissé comme signe de son passage qu'une cicatrice blanchâtre ayant à peine le diamètre d'une pièce de 20 centimes.

Ce mode de traitement ne paraît pas celui en usage à Alep, d'après les écrits publiés sur la question ; je vois qu'on y lave souvent l'ulcère avec l'eau tiède savonneuse, ou que l'on se sert, pour recouvrir l'ulcère, de tranches de citron, de la pulpe de casse, du suc de prunier épineux. Il ne m'est pas possible de dire à laquelle des deux méthodes appartient l'avantage comme résultat définitif. La valeur des deux médications doit se juger par le diamètre de la cicatrice.

Le bouton que l'on observe à Mossoul, Diarbekir, dans le Liban, à Bagdad, me paraît avoir une individualité propre et porter un cachet tout particulier. Il se rencontre dans une zone régionale limitée, avec des caractères pathognomoniques, et, ne se rencontrant que là, il mérite bien le nom d'ulcère d'Orient.

D'autres exanthèmes endémiques dans certaines contrées ont, il est vrai, de nombreux points de ressemblance avec l'ulcère d'Orient.

Le bouton du Nil s'en rapproche le plus, mais l'ulcère qui en est la suite est douloureux, tandis que le premier est indolore.

Le bouton de Biskra a des analogies réelles avec celui d'Alep, mais il existe cependant entre les deux maladies des différences tranchées. M. le professeur Barallier (*loc. cit.*) établit ainsi le diagnostic différentiel entre les deux ulcères :

« Le bouton de Biskra ne se montre qu'en automne ; le bouton Alépin se développe dans toutes les saisons. - L'ulcère africain est douloureux et ne présente pas l'anesthésie qu'offre l'ulcère d'Orient. - De

plus, le bouton des Zibans diffère encore de celui d'Alep par sa bénignité relative et sa moindre durée. - Enfin, dans la maladie des Zibans, un état fongueux précède l'encroûtement de l'ulcère, l'épaisseur de sa croûte est quelquefois considérable. »

Une troisième affection, le pian, endémique aux pays intertropicaux, originaire de la côte occidentale d'Afrique, et transportée par les nègres au Brésil, à la Guyane et dans les Antilles, a paru se rapprocher assez de l'ulcère d'Orient pour que M. le D^r Ricque, médecin-major, ait voulu fondre les trois maladies en une seule, et professe l'identité du bouton de Biskra, du bouton d'Alep et du pian. M. Ricque appuie son opinion sur une étude sérieuse et prolongée faite sur le pian, à Saint-Domingue et dans les Antilles françaises.

Mes observations personnelles, prises à Cayenne et à Surinam, me font arriver à des conclusions opposées. Il peut arriver en effet que dans les premières phases d'évolution on retrouve des caractères communs aux deux affections, surtout si le pian suit la marche indiquée par M. Ricque lui-même : « Le pian débute par un tubercule primitif. Ce tubercule reste quelque temps stationnaire, puis se recouvre d'écaillés, s'exfolie, tombe et laisse à sa place une perte de substance ulcérée. Alors apparaissent d'autres tubercules qui suivent la même évolution et s'ulcèrent à son tour. » Mais de nombreuses dissemblances différencient les deux maladies, semblables seulement en apparence par un petit côté. Le rapport existant entre le pian et le bouton d'Alep me paraît le même qu'entre ce dernier et l'impétigo, l'ecthyma, l'acné, le cancer épithélial, etc. Sous les formes les plus diverses, les revêtements les plus variés, l'ulcère d'Orient conserve son individualité.

Sans mettre en parallèle les deux maladies, il me suffira de citer certains traits caractéristiques du pian. Ce simple exposé rendra, je crois, évidentes les différences qui existent entre l'ulcère d'Orient et l'ulcère pianique.

Le pian n'attaque pas toute une population. On le rencontre surtout chez les nègres, plus rarement chez les mulâtres, plus rarement encore chez les blancs.

Il est contagieux.

Il peut se montrer sur toutes les parties du corps ; on l'observe sous les aisselles, à la marge de l'anus, etc.

L'apparition du tubercule est en général précédée de symptômes généraux : faiblesse, lassitude, amaigrissement, sueurs dans les parties qui doivent être le siège de l'éruption (Levacher).

Le pian procède par éruptions successives, sa durée est variable de six mois à trois ans. S'il est livré à lui-même, il peut marcher à guérison ; mais il reparaitra plusieurs fois pendant la vie, et chaque nouvelle poussée pianique portant une atteinte grave à la constitution du sujet, une dernière poussée déterminera des ulcères largement étendus, des ostéites, des caries des os, l'anasarque. Si le pian au contraire a guéri sous l'effort d'un traitement méthodique, rationnel, il ne reparait pas.

La question du traitement suffirait seule à distinguer la nature des deux maladies. Pour le pian, un traitement externe est nécessaire. Le traitement interne se compose d'antiphlogistiques, de diaphorétiques, de sudorifiques au début ; plus tard, de mercuriaux, de purgatifs, d'arsenicaux. M. le D^r Ricque a obtenu d'heureux résultats avec les arsenicaux et la décoction d'hydrocotyle asiatique.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT
AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT
(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Comment peut-on constater la présence et la proportion de la gomme dans le sirop qui lui doit son efficacité ?

Chimie générale et Toxicologie.

Faire connaître les phénomènes auxquels donne lieu l'action du chlore sur les oxydes métalliques, avec ou sans l'intermède de l'eau.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Abrégé de la théorie des métamorphoses végétales.

Anatomie.

Faire connaître les rapports des artères, des veines et des nerfs, étudiés aux membres supérieurs et inférieurs

Physiologie.

Qu'est-ce que la zoonomie, et quelles en sont les relations avec l'anthropologie ?

Pathologie et Thérapeutique générales.

Utilité de l'étiologie pour le diagnostic des maladies tant aiguës que chroniques.

Pathologie médicale ou interne.

Dans quelles maladies l'inspection des urines peut-elle aider plus particulièrement au diagnostic ou au pronostic ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

De la mélanose.

Thérapeutique et Matière médicale.

Quelles sont les indications prophylactiques et curatives fournies par les maladies infectieuses, contagieuses et épidémiques ?

Opérations et Appareils.

Du traitement des cicatrices difformes.

Médecine légale.

De l'accouchement prématuré artificiel, considéré au point de vue médico-légal.

Hygiène.

Qu'est-ce que l'allaitement artificiel ? D'après quelles règles doit-il être dirigé ?

Accouchements.

Anomalies de l'utérus.

Clinique interne.

Les tubercules sont-ils la cause de certaines phtisies, ou se développent-ils avec ces maladies sous l'influence d'une cause commune ?

Clinique externe.

De la carie des os du pied.

Titre de la Thèse à soutenir.

Relation médicale de la campagne de l'avis à vapeur le *Surcouf*, dans le golfe Persique, du 22 février au 20 avril 1864.- Quelques considérations sur le bouton d'Alep, ou ulcère d'Orient.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Professeurs.

MM.	
BÉRARD, O. LH, ✕. DOYEN.	Chimie générale et Toxicologie.
RENÉ, LH, C. ✕.	Médecine légale.
BOUISSON, O. LH, C. ✕.	Clinique chirurgicale.
BOYER, LH.	Pathologie externe, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
DUMAS, LH.	Accouchements.
FUSTER.	Clinique médicale.
JAUMES, LH, Présid.	Pathologie et Thérapeutique générales.
MARTINS, LH, ✕✕, Exam.	Exam. Botanique et Histoire naturelle.
DUPRÉ, LH, C. ✕.	Clinique médicale.
BENOIT, LH.	Anatomie, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.
ANGLADA.	Pathologie médicale.
COURTY.	Clinique chirurgicale.
BÉCHAMP.	Chimie médicale et Pharmacie.
ROUGET.	Physiologie.
COMBAL, LH.	Thérapeutique et Matière médicale .
FONSSAGRIVES, O. LH.	Hygiène.
MOUTET.	Opérations et Appareils.

Professeur honoraire.

M. LORDAT, C. LH.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
QUISSAC.	PÉCHOLIER, Examin.
BOURDEL.	CAVALIER.
BROUSSE.	CASTAN, Examin.
GIRBAL.	BATLLE.
GARIMOND.	ESPAGNE.
JACQUEMET.	SAINT PIERRE.
MOITESSIER.	ESTOR.
GUINIER.	SABATIER.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !