

CI. — DU RELACHEMENT DES SYMPHYSES DU BASSIN.

Accident ordinairement méconnu. — On croit à une affection de la moelle ou de l'utérus. — Difficulté ou impossibilité de la locomotion. — Marche particulière des malades. — Douleur au niveau des symphyses du bassin. — Marche rendue tout à coup facile par un lien constricteur. — Conditions auxquelles doit satisfaire ce bandage d'ailleurs très-simple. — L'état puerpéral peut entraîner la suppuration des articulations du bassin et la mort.

MESSIEURS,

Je vous ai dit à quelles erreurs de diagnostic et à quelles fautes en thérapeutique pouvait conduire le déplacement du rein.

Je veux vous parler aujourd'hui d'une affection qui, le plus ordinairement, n'est pas grave, mais qui peut empoisonner la vie des femmes, et faire croire à une maladie de la moelle ou de l'utérus, alors qu'il n'existe rien autre chose qu'un relâchement des symphyses du bassin.

Avant de vous rappeler les deux faits qu'il vous a été donné d'observer dans le service de la Clinique, je vous raconterai sommairement l'histoire de deux dames, les premières sur lesquelles j'ai reconnu une affection qui m'avait jusqu'alors échappé.

Madame X... s'était mariée à l'âge de vingt-trois ans. Elle avait eu un premier enfant un an après son mariage, un autre deux ans plus tard, et un troisième, alors qu'elle était âgée de plus de trente-six ans. Son mari n'avait pas eu toujours une conduite régulière, et quatre ou cinq ans après son mariage, je dus le traiter pour des accidents de syphilis constitutionnelle; peu de temps après, sa femme avait des exostoses, de l'alopécie, et il m'était impossible de méconnaître la même maladie que celle dont je traitais son mari. Cela se passait assez longtemps avant le dernier accouchement. L'enfant qui naquit n'avait aucun signe de syphilis, et sa santé est encore aujourd'hui fort bonne. L'accouchement avait été naturel; les suites en avaient été régulières, le volume de la tête de l'enfant n'avait rien d'extraordinaire. Par excès de précaution, je voulus que cette dame gardât le lit pendant quinze jours, puis la chaise longue pendant quinze autres jours; je lui permis alors de se lever, mais quand elle voulut marcher dans sa chambre, elle se plaignit de douleurs dans les reins, dans tout le bassin, et plus d'un mois se passa avant qu'elle pût faire le tour de son appartement. Comme elle avait un peu de leucorrhée, je pensai qu'une métrite légère, suite assez ordinaire de l'accouchement, était la cause de tous les accidents. Je conseillai quelques in-

jections et j'attendis. Mais un jour qu'étant chez elle, je la voyais se lever et marcher, je fus frappé de son allure; elle *canelait*, traînant péniblement ses jambes l'une après l'autre, et s'inclinant fortement à droite ou à gauche, suivant qu'elle avançait le pied gauche ou le pied droit. Il lui était impossible de se tenir à cloche-pied, et dès qu'elle essayait de le faire, elle s'affaiblissait sur elle-même, accusant une douleur assez vive dans les hanches et dans les reins. Ce dont elle se plaignait, c'était d'un sentiment de faiblesse extraordinaire. L'idée d'une affection de la moelle épinière me traversa l'esprit; mais en interrogeant avec soin la sensibilité et les mouvements, je pouvais constater que la peau n'avait rien perdu de ses aptitudes tactiles, et que les mouvements s'exécutaient à merveille, à la condition toutefois que la malade fût *couchée*. Je pensais alors à un écartement des symphyses. Mais comme il y avait beaucoup d'embonpoint, il me fut impossible de constater cet écartement, ainsi que nous le faisons si aisément chez la femme couchée au n° 13 de la salle Saint-Bernard, et que vous avez tous examinée.

Cependant on causait une assez vive douleur en pressant le pénil au niveau de la symphyse pubienne, et les fesses au niveau des deux symphyses sacro-iliaques. Séance tenante, j'enroulai autour des hanches et du bassin une alèze que je serrai aussi fortement que la chose me fut possible, puis j'invitai la malade à marcher, ce qu'elle fit immédiatement avec une facilité extrême, tout étonnée de retrouver des forces qu'elle croyait perdues, et de ne plus éprouver de douleurs. Je lui fis faire alors une ceinture de coutil lacée qui embrassait étroitement tout le bassin et le haut des cuisses, et dès que cet appareil fut fait, elle put vaquer aux divers soins de sa maison, faire quelques promenades à pied, et, six semaines plus tard, elle put laisser la ceinture; elle était complètement guérie.

A quelque temps de là, on m'amena dans mon cabinet une jeune dame de vingt-cinq ans, femme d'un officier d'une de nos écoles spéciales. Son mari l'avait portée jusqu'au haut de mon escalier, et c'est à grand-peine qu'elle put arriver à mon canapé, en marchant avec une difficulté extrême. Elle ne venait point me consulter pour ce prétendu affaiblissement des jambes qu'elle regardait comme une suite de couches, devant avoir un terme prochain. Elle voulait être guérie d'une névralgie temporo-faciale fort douloureuse, contre laquelle avait déjà échoué une multitude de traitements. Ce que je prescrivis lui fut utile, et un mois plus tard elle me pria de passer chez elle; c'est alors seulement qu'en me remerciant de l'avoir guérie de sa névralgie, elle me parla de ce qui paraissait l'avoir si peu occupée lorsque je l'avais vue pour la première fois. Elle avait eu deux couches assez rapprochées, sans accidents d'ailleurs. La dernière, qui avait eu lieu trois mois auparavant, lui avait laissé ce qu'elle appelait une faiblesse de jambes telle qu'elle ne pouvait marcher. Elle éprouvait

dans les reins et dans le bas-ventre de vives douleurs quand elle se tenait debout. Il n'y avait aucune lésion utérine. En s'appuyant sur les bras, elle marchait péniblement, traînant ses pieds comme une paralytique; et si elle essayait de lever la jambe comme on le fait ordinairement pour avancer, l'autre jambe, qui soutenait alors seule tout le poids du corps, se pliait aussitôt et la malade fût tombée si elle n'avait été soutenue. Il lui était absolument impossible de marcher seule. Je constatai, comme je l'avais fait pour la première dame dont je vous ai raconté l'histoire, qu'il n'existait aucune paralysie, et tout de suite je pensai que je réussirais pour elle comme je l'avais fait pour l'autre. Je lui serrai le haut des cuisses et le bassin avec un napperon, et dès que ce bandage improvisé fut fixé, je priai cette dame de s'appuyer sur mon bras et d'essayer de marcher, ce qu'elle fit d'abord avec beaucoup d'appréhension; mais peu à peu, comme elle ne sentait point de douleurs, elle prit confiance et je m'aperçus qu'elle pesait de moins en moins sur moi. Quand elle fut au bout du salon, je l'invitai à revenir seule, ce qu'elle fit de bonne grâce et avec une grande joie. Je lui fis faire alors une ceinture de peau de daim qui dut, comme chez notre autre malade, embrasser et serrer fortement les deux trochanters et le bassin. Quinze jours ou trois semaines plus tard, j'eus la satisfaction de revoir cette dame dans mon cabinet: elle portait toujours sa ceinture, elle avait pu monter mon escalier sans difficulté; elle avait essayé des promenades au dehors, et deux mois plus tard elle était complètement guérie.

Vous vous rappelez cette grosse fille qui était couchée au n° 20 de la salle des nourrices.

Elle avait été apportée à l'hôpital quelques jours après son second accouchement, et il ne s'était rien passé du côté de l'utérus ou du péritoine qui pût nous donner des inquiétudes. Comme elle était dans l'état de santé le plus satisfaisant, je ne m'occupais d'elle en aucune façon, quand l'infirmière me dit que cette femme était dans l'impossibilité de se tenir sur les jambes lorsqu'on la levait le matin pour faire son lit. Je l'examinai avec soin. Je constatai d'abord qu'elle n'avait aucune lésion utérine et que dans son lit elle pouvait assez facilement exécuter tous les mouvements qu'on lui commandait; la sensibilité était intacte. Toutefois même dans son lit, cette femme ressentait des douleurs au niveau des symphyse sacro-iliaques et pubienne. C'était plutôt une *faiblesse pénible* qu'une véritable *douleur* qu'éprouvait la malade lorsqu'elle se remuait; la station debout était difficile sans le secours des mains, et la marche exigeait tant d'efforts que cette femme, qui traînait ses jambes, s'arrêtait après avoir fait trois ou quatre pas, encore fallait-il qu'elle s'appuyât sur un bras ou sur le dos d'une chaise. Elle allait de lit en lit en saisissant les barreaux de fer de ces lits. La pression sur les symphyse ne déterminait pas de douleur; il n'y avait aucune tuméfaction, aucune rougeur.

Il existait seulement un relâchement dans les articulations, relâchement dont la malade avait conscience et qui devenait sensible pour le médecin lorsqu'il cherchait à mouvoir séparément les os iliaques.

Je fis voir alors à ceux qui suivent ma visite qu'on pourrait en un instant, et à l'aide d'un bandage contentif, rendre à cette femme l'usage de ses jambes. L'expérience fut faite séance tenante: un bandage de corps fut fortement serré autour du bassin afin d'en rendre les surfaces articulaires immobiles, et la malade put marcher facilement. Elle ne resta à l'Hôtel-Dieu que le temps nécessaire pour la confection d'une ceinture de coutil.

Des personnes qui ont eu l'occasion de revoir cette femme m'ont appris qu'elle était complètement guérie. Elle peut vaquer à ses occupations assez pénibles de journalière sans éprouver de fatigue ni de gêne.

Enfin, le 12 juillet dernier, une femme de vingt-quatre ans est entrée à la salle Saint-Bernard. Grande, bien faite et robuste, elle était accouchée, pour la première fois, le 19 juin, et l'accouchement avait été des plus heureux, à cela près qu'il avait été un peu pénible, en raison du grand volume de l'enfant.

Au neuvième jour après ses couches, cette femme voulut se lever, mais la chose lui fut absolument impossible. Dès qu'elle essayait de le faire, elle éprouvait une grande faiblesse dans les membres inférieurs, ainsi qu'une vive douleur « au niveau des organes génitaux », douleur qu'elle comparait à la sensation d'une *barre*. Elle ressentait en même temps de la pesanteur dans les lombes.

A partir de ce moment, les mêmes sensations pénibles se manifestèrent, aussi bien dans le lit, alors que la malade essayait de s'y retourner brusquement, que debout, alors qu'elle tentait de marcher.

A la suite de cette première tentative infructueuse pour se lever, cette femme se recoucha pour plusieurs jours encore, espérant qu'un repos plus prolongé rétablirait ses forces et ferait disparaître la douleur. Il n'en fut rien. Lorsqu'elle voulut se lever, l'impossibilité de marcher était tout aussi complète. C'est alors que cette femme se décida à entrer à l'hôpital, le vingt-troisième jour après ses couches.

Nous pûmes alors constater que la station debout était très-pénible et la marche impossible sans de vives douleurs. Aussitôt on voyait la femme porter son corps en arrière, en se renversant sur son lit, où elle demandait instamment qu'on la replaçât. Interrogée sur la nature et le siège de ses souffrances, elle se plaignait « des parties génitales », sans désigner avec plus de précision les points spécialement douloureux.

Comme l'état général était très-bon, qu'il n'y avait pas de fièvre et que l'appétit était satisfaisant, il n'était pas probable que d'aussi vives douleurs tinsent à une lésion inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes; notre attention fut donc immédiatement dirigée vers l'état des symphyse du bassin. En explorant l'hypogastre, je pus vous faire constater que, au

lieu de souffrir de ses « parties génitales », comme elle le disait, cette femme souffrait de son arcade pubienne, et que le point spécialement et exclusivement douloureux correspondait à la symphyse des pubis. En effet, la palpation de cette région permettait de reconnaître un écartement très-prononcé des surfaces articulaires; on pouvait introduire facilement l'extrémité de l'index entre les deux os pubis, et l'on sentait alors parfaitement que le cartilage interarticulaire était ramolli. Cette exploration était très-douloureuse, aussi ne cherchai-je pas à faire mouvoir l'un sur l'autre les pubis; cette expérience, qui eût été très-pénible, ne m'aurait rien appris de plus; c'était bien d'un relâchement de la symphyse pubienne que cette femme était affectée. D'ailleurs, pour surcroît de précaution, j'examinai les organes internes de la génération, et je reconnus qu'ils étaient parfaitement sains.

Dans le lit cette femme remuait parfaitement les jambes et n'accusait aucun symptôme de paralysie. Il n'était donc plus possible, dès lors, de douter de la nature des accidents; ils étaient évidemment dus à la disjonction de la symphyse des pubis.

Si le doute eût encore été possible, il aurait immédiatement disparu en présence du résultat du traitement. Je passai autour des hanches de la malade un bandage de corps qui serrait énergiquement le bassin, et embrassait simultanément les trochanters et l'arcade pubienne. A peine ce bandage improvisé était-il appliqué, que la femme, qui tout à l'heure ne pouvait se tenir debout, put marcher avec facilité en portant même son enfant.

Nous eûmes toutes les peines du monde à la garder quelques jours à l'hôpital; elle voulait partir immédiatement et à pied. Elle ne resta avec nous que le temps nécessaire à la confection d'un véritable bandage, que d'ailleurs je fis faire aussi simple que possible; c'est-à-dire une large ceinture de fort coutil, embrassant tout à la fois les symphyses sacro-iliaques, les trochanters et les pubis.

Vous remarquerez, messieurs, combien ici l'erreur eût été facile à un examinateur superficiel. Cette femme était récemment accouchée; elle se plaignait vaguement des *parties génitales*; elle disait ne pouvoir marcher sans douleurs, et en effet cela lui était impossible. N'était-il pas fort naturel de supposer d'abord qu'il s'agissait d'une lésion utérine? Mais l'erreur ne pouvait être commise, si, pressant la malade de questions, on insistait pour qu'elle indiquât le point précis où elle souffrait; si, y portant le doigt, on constatait, comme vous l'avez fait avec moi, un écartement des os et un ramollissement des cartilages.

Les erreurs de diagnostic sont d'autant plus faciles que, en général, il existe dans ces cas des douleurs lombaires et hypogastriques; qu'il y a de la leucorrhée; que le toucher démontre l'existence de déchirures du col ou de granulations persistantes; or, quoi de plus naturel, en présence de renseignements aussi vagues que ceux fournis par les malades, quoi

de plus naturel que de croire à une *métrite* et de rapporter à celle-ci l'impossibilité de la marche et même de la station debout? L'erreur est d'autant plus permise que la métrite est aussi fréquente que le relâchement des symphyses est peu commun.

Je n'ai pas la prétention, messieurs, d'avoir fait une découverte. La disjonction des symphyses du bassin a été signalée par les accoucheurs. Ils ont même essayé de l'expliquer par le trop gros volume de la tête du fœtus; celle-ci, agissant alors à la façon d'un coin, ferait éclater les symphyses préalablement ramollies. C'est probablement ce qui est arrivé chez la femme dont je vous ai parlé en dernier lieu. Son enfant, disait-elle, « était très-gros. »

J'ai surtout voulu, dans nos conférences, appeler votre attention sur un fait peu fréquent et par suite peu connu; si peu connu, en effet, que quelques-uns de vos livres classiques sur les accouchements ne font même pas mention de la possibilité de cet accident consécutif à l'accouchement. Or on ne songe pas volontiers à un accident peu fréquent, et l'on a plus de tendance à croire, dans ce cas particulier, à une métrite anormale qu'à un relâchement des symphyses. C'est une erreur que j'ai voulu vous éviter.

Le relâchement des symphyses du bassin a cela de grave qu'il met un obstacle absolu à la marche, et qu'il dure d'autant plus longtemps que la femme s'obstine davantage à vouloir marcher. Vous avez vu que la première malade dont je vous ai parlé pouvait à peine faire quelques pas dans son appartement deux mois après ses couches; que, chez une seconde, trois mois s'étaient écoulés depuis l'accouchement, et la marche restait impossible. Vous comprenez qu'il n'y a pas de raison physiologique pour qu'un tel état ne persiste pas indéfiniment. L'expérience nous a appris que le repos seul est insuffisant pour guérir la diastase, lorsque celle-ci est considérable. Il semble qu'alors il soit nécessaire au travail de consolidation de rapprocher artificiellement les unes des autres les surfaces articulaires éloignées.

De toutes ces considérations, vous pouvez déduire immédiatement le traitement. Vous savez que pour les besoins de la marche *bipède*, le bassin humain devait être doué d'une solidité à toute épreuve. Si le sacrum avait été mobile sur les ischions; si les pubis n'avaient pas été solidement unis, la marche n'eût pas été possible, car le poids du corps eût inévitablement entraîné la disjonction des os du bassin. Or, quand le relâchement des symphyses met obstacle à la locomotion, il faut artificiellement les consolider; mettre un cercle à ce bassin dont les douves sont écartées; suppléer à l'insuffisance momentanée des moyens de contention intrinsèques par une contention extrinsèque, c'est-à-dire par un bandage constricteur qui rapproche les unes des autres les surfaces symphysaires un moment éloignées.

Vous avez vu que ce bandage peut être improvisé. Une forte serviette, solidement serrée, suffit en effet. Mais pour avoir un appareil solide et durable, le mieux est de faire fabriquer un bandage de fort coutil ou de peau de daim qu'on puisse lacer à volonté, et *qui doit embrasser non-seulement les os du bassin, mais aussi les trochanters*. Si un tel appareil ne suffisait pas, on pourrait y ajouter un ressort d'acier trempé, portant à la fois sur le sacrum, les os iliaques et les pubis. Si le relâchement était considérable et la douleur très-vive, il serait bon de recommander le repos; mais, je le répète, le repos seul est insuffisant; la consolidation se fait trop attendre, et un appareil est absolument nécessaire. Il est bien évident que la femme devra le garder tant que la marche ne pourra s'effectuer qu'avec son aide.

Vous venez de voir comment un bandage des plus simples peut soulager et guérir rapidement le relâchement des symphyses. Je ne veux point terminer cette conférence sans essayer de vous faire comprendre comment ce relâchement pathologique n'est que l'exagération d'un fait physiologique, et qui a pour cause finale de faciliter la sortie du fœtus. En effet, pendant la grossesse, les articulations du bassin cessent peu à peu d'être aussi intimement unies; les ligaments se relâchent et permettront, lors de l'accouchement, une légère augmentation des diamètres du bassin, et cela afin de rendre plus facile la progression de la tête du fœtus à travers la filière pelvienne. Mais ce relâchement physiologique peut quelquefois devenir excessif et rendre la marche difficile dans les dernières semaines de la grossesse; il peut même arriver que la marche devienne complètement impossible, lorsque les symphyses ont été distendues outre mesure par le travail de l'accouchement.

J'ai assez insisté sur ce fait, je ne veux point m'y arrêter plus longtemps; cependant je dois vous faire remarquer que, en vertu même de l'état purpéral, l'inflammation peut compliquer le relâchement des symphyses du bassin après l'accouchement, et être l'occasion d'accidents mortels.

Une femme de quarante ans, occupant le n° 3 de notre salle Saint-Bernard, accouchée depuis quelques semaines, était entrée dans notre service, parce qu'elle éprouvait de la douleur dans la fosse iliaque du côté droit, et parce que la fièvre ne l'avait point quittée depuis son accouchement. Cette malade avait beaucoup maigri, ses forces diminuaient de jour en jour; la perte de l'appétit était presque absolue, et, chaque soir, mon chef de clinique constatait un mouvement fébrile très-accusé et presque toujours précédé de frissons. La marche de la maladie et l'absence de symptômes caractéristiques ne nous permettaient point de nous arrêter à l'idée d'une infection purulente ou d'une fièvre continue. Les poumons ne présentaient point d'altération qui pût nous rendre compte des paroxysmes fébriles. L'utérus n'était point douloureux, il n'existait point

d'écoulement, il n'y avait point d'abcès pelvien, et la fosse iliaque droite, dans laquelle la malade accusait de la douleur, ne présentait point de tumeur. Un jour, la malade nous dit que la douleur s'était étendue dans la fesse droite. Notre premier examen fut sans résultat; mais, à quelques jours de distance, la douleur persistant, nous explorâmes la région fessière avec plus de soin, et nous constatâmes de l'œdème à cette région, de plus, la pression était douloureuse, surtout au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Une ponction exploratrice fut faite avec un trocart capillaire, et nous retirâmes ainsi plusieurs gouttes d'un pus fétide, verdâtre.

La malade ayant quitté l'hôpital, cette observation est restée incomplète.

Mais quelques mois plus tard, en octobre 1862, entrant dans notre salle Saint-Bernard, n° 30, une femme qui était accouchée depuis quatre semaines. Cinq jours après son accouchement, elle avait ressenti une douleur tellement vive dans la hanche droite, qu'elle ne put se lever. Quelques jours plus tard, elle est prise de frissons et de fièvre, et depuis trois semaines, la fièvre ne l'a point abandonnée. La douleur avait envahi la région fessière droite et la symphyse pubienne. La première de ces régions était douloureuse, et, bien que la malade ne présentât point les symptômes de l'infection purulente, je n'hésitai pas à dire que très-probablement les symphyses sacro-iliaques et pubienne étaient le siège d'un travail inflammatoire qui nous expliquait la continuité de la fièvre; et dans la fréquence des frissons je trouvai l'indice d'une suppuration des articulations affaiblies. Bientôt les deux fesses s'œdématisèrent, la fluctuation profonde y devint manifeste; je plongeai un bistouri dans la direction des symphyses sacro-iliaques droite et gauche. Il s'écoula une grande quantité de pus; l'ouverture fut maintenue ouverte par une mèche de charpie. Notre pronostic avait été d'une grande gravité. La fièvre continua, et la malade succombait quelques jours après l'ouverture des abcès.

L'autopsie permit de constater que les symphyses sacro-iliaques étaient dépouillées de leurs cartilages, l'ostéite avait envahi la plus grande partie des surfaces articulaires. La symphyse pubienne contenait aussi du pus, mais en petite quantité, et le cartilage était seulement éraillé par places. L'utérus et ses annexes ne présentaient aucune altération. Il n'y avait point d'abcès métastatiques dans les poumons, le foie, ni en aucun autre organe. Dans la fosse iliaque droite seulement, au-dessous du muscle, existait un foyer purulent qui communiquait avec l'articulation correspondante.

Notez, messieurs, que cette femme était accouchée chez elle, en dehors de toute influence épidémique. Notez encore que quinze jours avant l'accouchement il y avait eu de la douleur dans la hanche droite. Quel ensei-

nement retirer de ces faits ? C'est que, chez les femmes récemment accouchées, le relâchement des symphyses pelviennes peut devenir assez douloureux pour être accompagné d'un travail inflammatoire dont les conséquences sont parfois des plus graves. Vous ne sauriez donc apporter trop d'attention à ces douleurs que les malades accusent au niveau des symphyses, et vous devrez placer les malades dans des conditions qui pourront calmer la souffrance et enrayer la marche des accidents inflammatoires, dont l'élément douleur est quelquefois l'origine.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

CII. — DE LA PERCUSSION.

Influence de la philosophie sensualiste sur le mouvement scientifique contemporain et sur les tendances de l'école de Paris. — Pinel et l'histoire naturelle des maladies. — Anatomie pathologique et sémiotique inaugurées par Corvisart. — Découverte de la percussion par Avenbrugger et de l'auscultation par Laennec. — Succession de travaux en sémiotique. — Percussion immédiate et percussion médiata. — Du plessimètre. — Du plessigraphe; manière de s'en servir. — Valeur comparée des divers procédés de percussion. — Toute la médecine n'est pas dans l'étude des lésions et dans la sémiotique. — Micrographie et nihilisme en thérapeutique. — Nécessité d'associer la précision moderne aux doctrines médicales du passé.

MESSIEURS,

Vous savez, messieurs, que la médecine s'est toujours inspirée de la philosophie régnante; ce qui revient à dire que toute doctrine philosophique a, dans l'histoire de la médecine, une doctrine médicale correspondante. Or, les tendances médicales actuelles sont bien celles que devaient professer les petits-fils du XVIII^e siècle. Ce sont d'ailleurs les tendances universelles de la science contemporaine.

Avant de quitter cette chaire de clinique, je voudrais vous parler de la percussion, et, à ce propos, je désire jeter avec vous un coup d'œil sur les doctrines médicales contemporaines. On peut dire que notre époque a pour caractère dominant l'application à la médecine des méthodes d'investigation physique, et qu'elle semble avoir pour ambition d'atteindre à la précision et à la rigueur des sciences qu'on appelle exactes.

En effet, à quelque religion philosophique qu'il appartienne, nul en France ne peut nier l'influence considérable qu'a exercée la philosophie sensualiste sur le mouvement scientifique de notre époque.

Qu'on les en blâme ou qu'on les en loue, on doit néanmoins reconnaître que les philosophes du XVIII^e siècle qui, un seul excepté, se réclament du « sage Locke », et s'inspirent du sensualisme de Condillac, n'ont pas inutilement fouillé jusqu'au tuf le sol de la France.

A la voix de ces philosophes, tour à tour savante, ironique ou passionnée, mais toujours accessible par la simplicité du langage, l'ère des révolutions s'est ouverte. Sur un sol aussi profondément remué, seules, des institutions nouvelles étaient possibles : le droit social comme le droit scientifique fut changé.