

Sous le nom de bec-de-lièvre, on n'a pas seulement désigné le vice de conformation dont je viens de vous entretenir, on a donné la même dénomination à toutes les divisions accidentelles des lèvres causées par la pustule maligne, les plaies d'armes à feu, les plaies par instruments tranchants, contondants, lorsqu'elles n'ont pas été réunies immédiatement après leur division. Le bec-de-lièvre accidentel s'observe aussi bien à la lèvre inférieure qu'à la supérieure; il peut affecter les deux en même temps. La direction de la division peut être dans tous les sens, tandis que celle de l'affection congéniale ne varie jamais.

OBS. IV. — *Bec-de-lièvre accidentel et récent.* — Louis-Adrien Thiessaut, âgé de onze ans, né à Paris, où il demeure, rue de la Parcheminerie, n° 13, fut conduit, le 17 février 1822, à la consultation de M. Dupuytren; il venait d'être mordu à la lèvre inférieure par un cheval avec lequel il s'amusait: une quantité assez considérable de sang s'était, dit-on, écoulée à l'instant même de la plaie qui était contuse. Sa direction était oblique de haut en bas et de dedans en dehors, ses bords étaient médiocrement écartés l'un de l'autre. M. Dupuytren ne crut point devoir recourir à la suture entortillée, et conseilla seulement de réunir immédiatement, à l'aide d'une bandelette de diachylon gommé, les bords encore sanglants de cette plaie. C'est d'après cet avis qu'on pansa le petit malade de la manière suivante: la plaie rapprochée, on appliqua sur son milieu un petit plumasseau enduit de cérat, puis de chaque côté une petite pièce de linge, soutenue et maintenue par une bandelette de diachylon gommé dont les deux extrémités reposaient près des oreilles, tandis que le plein portait sur le milieu de la division. Une fronde fut ensuite appliquée par-dessus; son milieu embrassant le menton, soutenait la mâchoire inférieure, et empêchait ses mouvements, en même temps qu'elle contribuait à maintenir en place les compresses graduées employées pour rapprocher les lèvres de la division.

On recommanda à la mère de cet enfant de veiller attentivement à ce qu'il ne touchât pas à l'appareil, et de lui donner

pour toute nourriture du bouillon ou du potage qui ne dût pas exiger des efforts de mastication. On lui conseilla de ne point exciter le rire ni l'éternement.

Chaque jour on changea la fronde que la salive mouillait et rendait dure. Le sixième jour l'appareil fut levé: la réunion était exacte, et la cicatrisation presque achevée; toutefois on maintint encore les bords rapprochés à l'aide d'un emplâtre adhésif, et quatre jours après, la guérison était complète; il existait une cicatrice linéaire (1).

ARTICLE XV.

CORPS ÉTRANGERS INTRODITS DANS LES VOIES AÉRIENNES.
— TRACHÉOTOMIE. — CORPS ÉTRANGERS DANS L'ŒSOPHAGE. — PRINCIPES DE M. DUPUYTREN DANS L'EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE.

L'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires est toujours un événement fâcheux. Si le malade, en effet, n'est point secouru, il peut rapidement périr. L'opération elle-même ne suffit pas toujours pour remédier aux accidents. Dans des circonstances plus heureuses, le corps étranger se présente à l'ouverture pratiquée, et sort dans une violente expiration; quelquefois on le saisit avec des pinces; enfin il peut se trouver plus tard entre les lèvres de la plaie. Mais, dans tous les cas, on ne saurait méconnaître l'utilité d'une opération que rien ne peut remplacer; car l'ouverture de la glotte, qui se prête bien à l'introduction de certains corps, d'un haricot, par exemple, ne permet plus leur sortie dans l'immense majorité des cas, et l'on voit survenir des altérations du poumon qui entraînent souvent la perte du sujet.

OBS. I. — *Haricot dans les voies aériennes d'un enfant.*

(1) Observation recueillie par M. Blache.

— *Trachéotomie. — Expulsion du corps étranger.* — Une petite fille de huit ans déroba chez un épicier un haricot rouge et l'avala précipitamment. La forme de ce corps, sa légèreté, le rendent plus propre qu'aucun autre peut-être à franchir l'ouverture de la glotte, quand il est poussé par la colonne d'air inspiré : c'est ce qui arriva chez cette enfant, et aussitôt elle éprouva une toux violente avec des accès de suffocation. Cet accident eut lieu le jeudi, à trois heures après midi. M. Delens et plusieurs autres médecins qui virent la malade prescrivirent un émétique qui occasionna des vomissements ; mais le corps étranger ne sortit pas. La nuit et une partie du jour suivant se passèrent dans des alternatives de calme et de suffocation. L'enfant fut amenée à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du vendredi.

Pendant la nuit, les accidents se renouvellent souvent et avec une intensité effrayante. Le matin, à l'heure de la visite, M. Dupuytren constate leur nature ; il entend le choc du corps étranger dans la trachée (espèce de grelottement qu'on perçoit avec la plus grande facilité en appliquant l'oreille sur le haut du sternum de l'enfant, ou même simplement en écoutant de près le bruit respiratoire). Les efforts de toux sont violents ; ils s'accompagnent de nausées et même de vomissements glaireux. L'indication à remplir est évidente ; l'enfant est conduite à l'amphithéâtre, le samedi 13 février (1830), à dix heures du matin.

A l'instant de l'opération, on cherche à constater de nouveau ce bruit de grelottement, signe pathognomonique de la présence du corps étranger dans la trachée ; mais il n'existe plus, sans doute parce qu'en ce moment le haricot est retenu à l'entrée d'un tuyau bronchique. Comme on a la certitude qu'il n'est pas sorti spontanément, on procède à l'ouverture de la trachée.

Une incision d'un pouce de hauteur est pratiquée exactement sur la ligne médiane du col, un peu au-dessus du rebord supérieur du sternum. La peau, le tissu cellulaire, sont divisés avec précaution ; on écarte les muscles qui recouvrent la trachée. M. Dupuytren se trouve dans une cavité telle qu'il

croit avoir pénétré dans le conduit aérien ; d'après cette idée, il introduit entre les lèvres de l'ouverture une pince à anneaux qu'il ouvre pour les écarter. Cependant les cris de la malade, très aigus pendant les incisions, ne cessent aucunement ; l'air ne sort point par la plaie, et M. Dupuytren lui-même manifesta son étonnement de ce que le corps étranger ne se présente pas immédiatement, comme cela s'observe dans le plus grand nombre de cas. Après avoir pendant assez long-temps continué en vain ces moyens de dilatation, il porte un bistouri dans le fond de la plaie pour en augmenter l'étendue ; tout-à-coup l'air s'élançe en sifflant, les cris cessent, et le haricot est projeté avec force par l'ouverture de la trachée ; d'où il résulte évidemment que le canal aérien n'avait pas été divisé dans le premier temps de l'opération, circonstance remarquable et qui ne doit pas sortir de la mémoire des praticiens.

La plaie est nettoyée avec soin du sang écumeux qui en recouvrait les bords ; on place au-devant du col un linge fin enduit de cérat, qui est maintenu par quelques compresses et plusieurs tours de bande peu serrés. La malade a beaucoup crié, et sa voix s'est conservée, même lorsqu'une partie de l'air sortait par l'ouverture de la trachée. Du reste, il n'y a eu aucun accident dépendant de l'opération elle-même. Cependant nous devons signaler une difficulté qui peut se représenter : entre les muscles sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens et le devant de la trachée-artère, se trouve un espace rempli de tissu cellulaire dans lequel les instruments se logent, comme ils pourraient le faire dans la trachée elle-même. L'incision des cerceaux élastiques étant faite, on peut ne pas y engager le bout de la pince à anneaux, qui reste au milieu de cet espace cellulaire, et l'opération n'est pas achevée. Un peu d'attention fera reconnaître cette fausse route.

Le haricot retiré a plus de cinq lignes de hauteur sur trois de largeur et autant d'épaisseur. Il est un peu bosselé par suite du gonflement des cotylédons. On en a vu qui offraient un commencement de germination. Le peu de temps que celui-ci est resté dans les voies aériennes explique le petit volume qu'il a conservé.

Dans la soirée, les symptômes de bronchite sont assez intenses pour exiger une saignée de bras d'environ deux palettes. La nuit est mauvaise. Le dimanche, alternative de calme et de dyspnée; la respiration se fait presque entière par la plaie, les mucosités qui s'y rattachent la rendent bruyante. Le soir du même jour, on applique quinze sangsues au-devant du cou; elles fournissent beaucoup de sang, et la malade s'en trouve bien; la toux devient rare; la nuit est assez bonne, il y a peu de fièvre.

Le 15, respiration facile; un peu de sifflement se fait entendre par la plaie; la peau conserve sa chaleur naturelle.

Les 16 et 17, état parfaitement bon, sommeil calme et paisible; la parole est facile, sans altération; l'air sort en très petite quantité par la plaie, ce qui peut être attribué en grande partie au gonflement de ses bords.

Le 20, on rapproche les lèvres de la plaie; l'emphysème n'est plus à craindre, parce que le tissu muqueux recouvre les bords de l'incision et rend imperméable le tissu cellulaire.

A partir de ce moment, aucun accident ne survient. Quelques jours après, les parents de la petite malade la reconduisent chez eux; la plaie est alors réduite des deux tiers. Ils la ramènent à l'Hôtel-Dieu le 12 mars, un mois après l'opération. A cette époque il n'y a plus qu'une très petite ouverture par laquelle passe encore un filet d'air. La malade n'est plus revenue.

Cette observation présente plusieurs considérations intéressantes sur lesquelles j'appellerai votre attention. Et d'abord, disons quelques mots de la position à donner au malade pendant l'opération pour l'incision des parties molles extérieures et de la trachée-artère, et de celle qu'il faut lui faire tenir après l'ouverture de ce conduit, afin de favoriser l'issue du corps étranger qui s'y trouve.

Il est évident que le renversement de la tête en arrière est avantageux et rend facile l'incision des parties molles extérieures et de la trachée-artère; mais cette situation est défavorable pour la sortie de l'air par la trachée, et bien plus encore pour celle des corps étrangers. En effet, nous avons

vu, dans l'observation que nous venons de rapporter, que l'incision faite d'abord à la trachée-artère ne donnait pas issue à l'air et encore moins aux corps étrangers. C'était probablement en grande partie à son peu d'étendue que cette circonstance était due; mais certainement aussi elle provenait du renversement de la tête en arrière. Ce renversement tend les bords de la plaie et les empêche de s'écarter. Dans la flexion de la tête, au contraire, ces bords peuvent plus facilement s'éloigner l'un de l'autre et permettre la sortie de l'air et des corps étrangers. C'est aussi pendant la flexion de la tête qu'a eu lieu spontanément la sortie du corps étranger. Ainsi, d'après les phénomènes que nous ont présentés ce malade et d'autres individus qui étaient dans les mêmes conditions, on peut donner comme un précepte utile, dans l'opération de la trachéotomie, de renverser la tête en arrière pour l'incision des parties molles extérieures et de la trachée-artère; tandis que pour faciliter la sortie de l'air et l'explosion spontanée du corps étranger libre dans la trachée, il convient de fléchir alors la tête, afin de produire un écartement plus grand des bords de la plaie.

Sous le rapport du diagnostic des corps étrangers dans la trachée, il est un signe que nous croyons devoir joindre à ceux qui ont été donnés comme caractéristiques de l'existence de ces corps: c'est celui de la sensation de leur choc contre les parois du canal, sensation qui peut être perçue par la main et par l'oreille. Il n'existe pas toujours d'une manière aussi distincte chez tous les sujets, ni à toutes les époques du séjour du corps étranger. En effet, il peut être adhérent, et alors n'étant pas déplacé par l'air, il ne heurte point contre les parois du canal; ou bien enveloppé par des mucosités abondantes et épaisses, le choc qu'il peut produire est moins fort que lorsqu'il n'existe que très peu de ces mucosités.

Le mode de pansement qui a été suivi mérite encore quelque attention. On n'a point rapproché de suite les bords de la plaie, afin de ne pas exposer la malade à un emphysème. Dans les premiers jours, le tissu cellulaire perméable peut facilement livrer passage à l'air; mais, au bout de quelques

jours, durci par l'inflammation et devenu compact, cet accident n'est plus à craindre, et l'on peut hâter la guérison par le rapprochement des bords de la solution de continuité. Cette pratique nous paraît assez sage et assez rationnelle pour devoir être toujours suivie.

Obs. II. — *Haricot introduit dans les voies aériennes. — Trachéotomie. — Guérison.* — Un jeune enfant de six ans, demeurant à Savigny près Paris, s'amusait, le 18 mai 1822, à lancer en l'air des haricots qu'il recevait ensuite dans sa bouche. Une de ces fèves franchit brusquement l'épiglotte et passa dans les voies aériennes; à l'instant il fut pris de toux, de suffocation, et resta dans cet état très pénible pendant une heure environ. Devenu calme, il prit des aliments; bientôt les accidents reparurent: la toux était suffocante, le vomissement fréquent, l'anxiété extrême. Un médecin fut appelé auprès de l'enfant; il crut, on ne sait trop d'après quel signe, que le corps étranger était arrêté dans l'œsophage, car il sonda ce canal à plusieurs reprises, administra des vomitifs; mais, comme il était facile de le prévoir, ces moyens n'eurent aucun succès. Le petit malade étouffait toujours, avait un râle assez fort, se plaignait d'une douleur très vive dans la trachée, ce qui porta probablement le médecin à faire appliquer des sangsues au-dessus du cou.

Le cinquième jour, les accidents avaient pris une telle gravité que les parents de l'enfant, effrayés de la marche croissante de la maladie, jugèrent indispensable de réclamer d'autres secours. Ce jeune enfant fut amené à l'Hôtel-Dieu de Paris, et couché salle Sainte-Marthe, n° 29. Le 23 mai, au moment de la visite, il présentait les symptômes suivants: accablement considérable produit en grande partie par sa maladie et un peu aussi par la fatigue du voyage; voix éteinte, visage boursoufflé, yeux saillants, injectés, nez et lèvres bleuâtres, respiration très accélérée et accompagnée d'un râle trachéal fort bruyant, qui s'étendait non seulement dans la trachée, mais encore dans une grande étendue des ramifications bronchiques. Dans les mouvements inspiratoires, au bas du larynx, se faisait entendre un bruit de frottement ou

de choc, semblable à celui d'une soupape qui frappe alternativement les bords de l'ouverture qu'elle est destinée à fermer; cette espèce de son particulier ne pouvait provenir que du choc d'un corps étranger qui s'appliquait brusquement sur les bords de la glotte, ébranlé qu'il était par la colonne d'air. Pendant la respiration, une toux convulsive revenait à des intervalles plus ou moins rapprochés, mettait le petit malade hors d'haleine et le menaçait d'une prochaine suffocation. L'asphyxie était imminente, il fallait donc prendre un parti sur-le-champ. L'opération de la trachéotomie était pour le malade la seule chance possible de salut; quoique son état fût grave, M. Dupuytren n'hésita point à la pratiquer; il y procéda de la manière suivante. L'enfant couché sur le dos, la tête légèrement renversée en arrière, l'opérateur avec la main droite fait une incision étendue de la partie inférieure du cartilage cricoïde à la partie supérieure du sternum, divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Une ecchymose assez considérable, produite par la piqûre de plusieurs sangsues, semble devoir rendre l'opération plus difficile; cependant une autre incision plus profonde met à découvert la trachée-artère. Comme il ne s'écoulait qu'une très petite quantité de sang veineux des bords de la plaie, M. Dupuytren se hâte d'arriver dans la trachée; il fixe ce canal avec le pouce et le médius de la main gauche, introduit l'indicateur dans l'incision jusqu'à la trachée, guide sur l'angle de ce doigt le bistouri dont il s'est servi pour faire l'incision, et pénètre par une ponction dans la trachée: l'ouverture est agrandie légèrement en haut et en bas, l'air s'échappe en projetant du sang et du mucus. On laisse un instant reposer le petit malade; puis l'ouverture faite à la trachée est agrandie à l'aide d'un bistouri boutonné; cette ouverture peut avoir un pouce à un pouce un quart; l'air sort en plus grande quantité avec du mucus mêlé du sang. On introduit entre les lèvres de la plaie les mors d'une pince à anneaux, afin de les écarter et de favoriser la sortie du corps étranger qui se présente à deux reprises différentes à l'ouverture; on s'efforce de le saisir avec les pinces; une fois on y

réussit, mais il n'en reste qu'une petite partie; le reste est presque aussitôt rejeté dans une forte inspiration. C'était un haricot, comme l'avait indiqué l'enfant; il avait acquis un volume considérable. Le malade se trouva soulagé presque immédiatement. Il s'écoula une très grande quantité de mucosités épaisses, mêlées à du sang qui s'était épanché dans les voies aériennes pendant l'opération. Le malade est transporté dans son lit. Quoiqu'il ne sorte pas de sang par la plaie, on ne juge pas à propos d'en réunir immédiatement les bords, de crainte qu'il ne survienne un emphysème dans le tissu cellulaire. (Panser simplement la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat sur lequel sera appliqué de la charpie et une compresse; pour boisson, tisane d'orge et de violette édulcorée, diète.)

Le 24, à la teinte livide du nez, des lèvres et des joues a succédé une rougeur considérable. Il y a eu de la fièvre dans la journée; beaucoup de mucosités sont sorties par l'ouverture; la toux a été fréquente, cependant la nuit n'a pas été très mauvaise; le petit malade a eu du sommeil; râle muqueux dans une grande étendue de la région antérieure et supérieure du poumon; le pouls, faible et misérable avant l'opération, avait pris de la force, même un peu de dureté et de fréquence; peau chaude, halitueuse; respiration accélérée. (Les sangsues au bas du cou; même pansement que le jour précédent; on laisse encore les bords de la plaie séparés; orge et violette édulcorées pour boisson, diète.)

Le 25, la journée et la nuit précédente ont été assez bonnes; les sangsues ont un peu calmé l'irritation des bronches et de la trachée; la face est moins colorée; la respiration, toujours fréquente, paraît un peu moins gênée. Du pus mêlé à une grande quantité de mucosités sort par la plaie; râle muqueux; ventre indolent, mais un peu dur; constipation depuis trois jours; la fièvre est assez forte.

On rapproche les bords de la solution de continuité à l'aide de bandelettes agglutinatives et de compresses graduées. (Une cuillerée à bouche de miel mercuriel, orge et violette édulcorées, diète.)

Le 26, il y a eu beaucoup de toux; la fièvre a redoublé dans la journée. Le petit malade a été fort agité; le bandage appliqué pour maintenir les bords de la plaie a été dérangé par de violentes et fréquentes quintes de toux; cependant la nuit n'a pas été trop mauvaise; il y a eu un peu de sommeil. La respiration est restée gênée et accélérée, le pouls fréquent, la peau chaude et un peu moite. On craint qu'il ne se déclare une inflammation de mauvaise nature dans les voies aériennes, ou bien un phlegmon dans le tissu cellulaire du col aux environs de la plaie. (Quelques cuillerées de sirop d'ipécacuanha; lavement avec le miel mercuriel; application d'un bandage contentif avec des bandelettes de diachylon et des compresses graduées pour maintenir réunis les bords de la plaie; six sangsues au-devant de la trachée; même boisson.)

Le 27, mieux sensible. Les sangsues font beaucoup de bien; le sirop n'a pas été administré. Toux moins fréquente; respiration encore un peu accélérée, mais moins gênée; mouvement fébrile modéré; une assez grande quantité de pus sort des bords de la plaie dont le bandage n'a pas été dérangé; le râle muqueux a beaucoup diminué. L'enfant s'affaiblit, pâlit, demande des aliments. (Même tisane pour boisson; réappliquer le bandage contentif; quelques cuillerées de bouillon gras; un peu de bouillie.)

Le 28, le mieux a continué; la toux a considérablement diminué de fréquence; apyrexie presque complète; respiration à peine gênée; la voix est naturelle. Quoique les bords de la plaie fournissent une assez grande quantité de pus, ils sont presque réunis; il n'y passe plus de mucosité; bon appétit. (Lait coupé avec de l'eau d'orge, bouillon.)

Le 29, plus de fièvre. Les bords de la plaie sont couverts de bourgeons charnus, mais laissent encore échapper un peu d'air; toux rare; un peu de râle muqueux; grand appétit. Jusqu'au 4 juin, il ne se passe rien de particulier. A cette époque, l'enfant est en pleine convalescence; la plaie, en grande partie cicatrisée, fournit encore un peu de pus, mais il ne passe plus ni air ni mucosité. La toux est presque nulle, la voix est à l'état normal; les fonctions digestives s'exercent

librement. Les douleurs, les pertes de sang, la diète prolongée, ont considérablement affaibli le petit malade qui désire vivement retourner chez lui. L'air de la campagne achèvera sa guérison; il va être rendu à ses parents.

Il arrive souvent, dit M. Dupuytren, que le corps étranger, de quelque espèce qu'il soit, ne sort pas au moment de l'opération, bien que l'on provoque des efforts de toux, des étternements, des nausées et autres phénomènes qui dépendent des puissances expiratrices. Dans ce cas, on doit maintenir écartées les lèvres de la plaie au moyen d'une canule d'argent, ou simplement de fils d'argent ou de plomb. L'application d'un linge enduit de cérat est toujours indispensable; mais on doit se garder de mettre dans l'appareil de la charpie ou tout autre corps léger mobile. Il est d'expérience que, dans ce cas, ces corps tendent à pénétrer dans la trachée, et y produisent des accidents redoutables.

J'ai pratiqué à l'Hôtel-Dieu, il y a environ dix-huit ans, une opération pour un cas analogue à celui que nous avons rapporté. Le haricot ne put être extrait à l'instant de l'ouverture de la trachée-artère; il ne parut pas le lendemain; ce ne fut que le troisième jour que l'interne de la salle, M. Dusol, le trouva sur l'appareil en faisant le pansement. La guérison fut complète en peu de temps.

Quelquefois les corps étrangers introduits dans le larynx et la trachée donnent lieu à des accidents d'autant plus graves, que, plus légers, plus arrondis et plus mobiles, ils suivent avec plus de facilité les impulsions de l'air, et parcourent plus aisément la membrane muqueuse des voies aériennes. Ceux de ces corps qui restent fixés, soit dans les ventricules du larynx, soit dans l'ouverture de la glotte, soit vers la bifurcation des bronches, déterminent plutôt une douleur habituelle et une difficulté permanente de respirer que ces accès subits de suffocation que nous avons signalés. Il arrive même, dans quelques circonstances, que la membrane muqueuse s'habitue à leur présence, et que les malades n'en sont plus incommodés, au moins jusqu'à ce qu'un nouveau déplacement s'opère.

OBS. III. — *Pièce de dix sous dans la trachée. — Accès intermittent de suffocation. — Calme. — Mort par suite d'une phthisie.* — Un jeune homme qui jouait avec une pièce de cinquante centimes, et qui s'exerçait à la recevoir dans sa bouche, après l'avoir jetée à une plus ou moins grande hauteur, la laissa glisser jusque dans les voies aériennes. Aux premiers accidents succédèrent des accès irréguliers de toux et de suffocation, durant lesquels le corps étranger semblait parcourir toute l'étendue de la trachée-artère. Pendant les intervalles de calme, rien n'annonçait la situation de la pièce, et le sujet éprouvait à peine de la gêne à respirer. Il désirait toutefois ardemment l'opération; mais il aurait été peu rationnel de la pratiquer, alors que le corps étranger était fixé, et que l'on ne pouvait connaître son siège.

Pendant cinq années, la pièce resta mobile et l'incommoda beaucoup, mais par intervalles; après ce temps, elle se fixa dans un tuyau bronchique, et ne causa que fort peu de gêne. Des symptômes de phthisie se déclarèrent peu à peu dans l'Inde, où il avait été appelé pour ses affaires. Il succomba dix ans après l'introduction du corps étranger, qui fut trouvé au milieu d'une caverne tuberculeuse. Le malade avait alors trente-six ans; il était doué d'une constitution très robuste.

On voit par ce fait qu'un corps étranger de petit volume et très dur, peut ne pas sortir par la glotte après son introduction (et c'est même le cas le plus ordinaire), tout en présentant une forme qui rendrait cette sortie facile. Quelquefois cependant ce corps est lancé avec force au dehors, ainsi que nous l'avons remarqué chez la femme d'un avocat. Cette dame, qui avait avalé un pepin d'orange, éprouvait par moments des symptômes de spasme. Le phénomène le plus caractéristique était un bruit semblable au sifflement de l'air dans un tuyau d'airain. Après l'emploi de moyens très variés, le pepin fut chassé au dehors. L'observation que nous avons rapportée plus haut montre encore que le séjour d'un corps