

d'objets matériels, qu'on ne pouvait rien espérer des excursions dans le monde métaphysique.

En répétant ici que dans les maladies la nature de la cause ne doit jamais être oubliée, je n'en soutiens pas moins que l'étude du siège doit passer avant. C'est là en effet que la raison est à l'aise, c'est là que le rationalisme peut multiplier, étendre ses racines. Suivies dans chaque organe, soit interne, soit externe, examinées dans chaque système organique, les maladies se sont laissées déjà surprendre tant de secrets, qu'on ne peut manquer en pénétrant davantage de leur en arracher encore. Qui de vous ne devine tout d'abord la différence que doit offrir l'inflammation, selon qu'elle s'est établie dans la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les nerfs, les artères, les veines, les os? Qui ne voit ensuite qu'elle en présentera d'autres dans le même appareil, selon que tel ou tel élément sera plutôt affecté que tel autre; qu'elle en offrira enfin dans chaque région du corps, d'après les qualités physiques des parties? Mais, Messieurs, pour cultiver avec fruit une mine aussi féconde, il faut des connaissances préalables, il faut en avoir la clef. Or, cette clef, vous ne pouvez la demander qu'à l'anatomie, et encore à l'anatomie envisagée d'une certaine manière. C'est donc vers l'anatomie qu'il faut d'abord tourner vos regards. Avec l'anatomie ordinaire, celle que vous appelez *anatomie descriptive*, avec l'anatomie générale, vous arriverez à faire la médecine et la chirurgie comme nos devanciers et comme nos maîtres. Pour avancer d'un pas plus ferme, vous aurez besoin d'une anatomie nouvelle; celle-ci ressort des autres. Elle en est en quelque sorte le résumé, le corollaire. Comme son but est d'éclairer sans cesse au lit du malade, elle a pris le nom d'*anatomie médico-chirurgicale* et mérite le nom d'*anatomie du praticien*. Cette anatomie n'est pas absolument nouvelle, sans doute: elle est tellement naturelle que, de tout temps, elle a dû

se laisser entrevoir aux observateurs de talent; mais elle n'a été coordonnée et véritablement comprise que de nos jours. D'abord partielle, incertaine, chancelante dans les œuvres de *Scarpa*, *Burns*, *Colles*, elle s'est peu à peu généralisée, affermie dans les leçons de *Dupuytren*, *Béclard* et de *M. Roux*, jusqu'à ce qu'elle ait été traitée en entier dans les ouvrages *ad hoc*, en 1825 (1) et 1826 (2). Il n'y a par conséquent que douze ou quinze ans qu'elle existe réellement comme science, et vous comprendrez ce que peut être, après un temps aussi court, une science aussi vaste. C'est assez vous dire qu'elle est dans l'enfance, et qu'elle attend de notre siècle de nombreux perfectionnements. Déjà cependant elle se présente sous deux points de vue principaux, sous forme d'anatomie générale et sous forme d'anatomie des régions. Sous le point de vue chirurgical, l'anatomie générale rend compte des caractères spéciaux que prennent les maladies dans chaque tissu. Ainsi, la texture glutineuse, vasculaire et homogène de la peau explique pourquoi la réunion immédiate des plaies est en général si facile et si prompte dans cette membrane. On cherche dans les dispositions de sa surface, dans ses follicules, les porosités, les canaux, les vacuoles dont elle est criblée, dans les poils, les rides, les saillies qui la couvrent, la raison de ses maladies variées. Par sa mollesse, le mélange de ses lamelles, son peu de cohésion, le tissu cellulaire montre pourquoi les inflammations s'en emparent avec tant de facilité et y passent si rapidement à la suppuration. La solidité, l'inextensibilité de ses fibres in-

(1) *Traité complet d'Anatomie chirurgicale générale et topographique du corps humain, ou anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire*, par M. le professeur Velpeau. 3^e édit. 2 vol. in-8 et atlas in-4 de planches.

(2) *Traité d'anatomie topographique, ou anatomie des régions du corps humain, considérée spécialement dans ses rapports avec la chirurgie et la médecine opératoire*, par Ph. Fred. Blandin, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. 2^e édit. 4 fort vol. in-8 et atlas in-fol. de 20 planches.

diquent d'un autre côté la résistance qu'il doit offrir aux tractions, aux constrictions mécaniques. Les aponévroses font voir par leur forme de toiles, par la direction de leurs fibres, par leur densité, par les trous dont elles sont percées, comment les inflammations et le pus fusent dans tel sens plutôt que dans tel autre : comment de superficielle; la maladie peut devenir profonde, *et vice versa*; comment des vaisseaux, des organes spéciaux, sont soumis à certains étranglements, en apparence spontanés. Leur sécheresse, leur peu de vitalité, montrent d'un autre côté, qu'elles doivent rarement être malades elles-mêmes. La contractilité des muscles laisse deviner les rôles qu'ils jouent dans les fractures, les luxations, les amputations. Leur nature ne permet pas d'en espérer la réunion, quand ils ont été divisés en travers. La distribution du tissu cellulaire entre leurs fibrilles indique assez que l'inflammation doit en être difficile, et que si du pus s'y dépose, ce sera à l'état d'infiltration plutôt qu'à l'état de collection. Sachant que les vaisseaux lymphatiques se trouvent partout, le chirurgien n'est point surpris de les voir s'enflammer à la suite de toutes sortes de blessures. L'interruption de ces vaisseaux par des ganglions tranquillise sur le transport vers le centre des fluides morbifiques dont ils peuvent être chargés; un coup d'œil sur les veines explique les dangers de la phlébite. On voit par la texture cassante et presque inerte des artères la difficulté de cicatrifier les plaies de leurs tuniques, et la raison des anévrysmes. De cette manière, vous avez toujours deux faits, un fait anatomique et un fait pathologique, qui s'expliquent l'un par l'autre, et qui s'éclairent réciproquement. Mais il ne suffit pas de parcourir ainsi successivement tous les systèmes. La chirurgie veut qu'on les reprenne en outre dans chaque région du corps, et partout où leur arrangement a dû subir quelques modifications. On entre dès lors dans le domaine de l'anatomie topographique ou des régions. Cette anatomie vous apprend si dans tel point

donné, la peau est plus épaisse ou plus mince, plus mobile ou plus adhérente, si le tissu cellulaire y est abondant ou rare; quels en sont les vaisseaux, les nerfs, les muscles, les os; dans quel rapport de voisinage, de direction, de densité, de volume, tous les organes s'y trouvent. Sans elle, vous n'opérerez qu'en tâtonnant, à moins d'une grande habitude ou d'une grande témérité. Avec elle, vous savez que dans telle direction et à telle profondeur, une plaie, une blessure doit comprendre telles couches, tels organes, qu'elle expose par conséquent à tel danger plutôt qu'à tel autre. L'anatomie des régions peut seule dire que telle artère que vous désirez atteindre est couverte de tant de feuillets celluleux, aponévrotiques ou musculaires; qu'elle est en dehors, en dedans, en avant, en arrière, de telle veine ou de tel nerf. On s'imaginera à peine les services qu'elle est susceptible de rendre. Pour en avoir un échantillon, mettons-la un moment en rapport avec les inflammations. A la main, par exemple, une simple phlyctène offre de grandes différences, selon qu'elle en occupe la face dorsale ou la face palmaire. Ici, elle sera plus opaque, plus disposée à s'étendre, plus longue à se rompre, à cause de l'épaisseur plus grande de l'épiderme. A la pulpe du doigt, l'inflammation peut bien pénétrer jusqu'à l'os et l'altérer; mais elle n'a que peu de tendance à se porter en arrière, parce que la coulisse tendineuse ne vient pas jusque-là. Sur le devant de la phalange moyenne, la suppuration sera d'abord retenue, si elle est sous-cutanée, entre deux articulations par les adhérences de la peau vis-à-vis des jointures. Plus profondément, la coulisse fibro-synoviale au contraire la propage presque aussitôt vers la main. Au devant de la première phalange, l'inflammation gagne plus facilement en arrière qu'en avant, parce que la peau est plus adhérente par ici que par là. Elle est plus redoutable sur le devant des articulations métacarpo-phalangiennes qu'ailleurs, attendu que là, elle devient très

facilement profonde, par suite de l'écartement des rubans de l'aponévrose. Les adhérences de la peau en préservent généralement le creux palmaire. Les inflammations des éminences thénar et hypothénar retenues en dedans par les adhérences de la région précédente, et en haut par celles du poignet, se portent d'autant plus facilement vers l'extérieur, qu'elles ne sont soutenues que par une peau assez mince. Toutes ces inflammations sous-cutanées, trouvant du côté dorsal un tissu cellulaire lamelleux infiniment plus souple, en déterminent presque toujours la tuméfaction, et s'y transportent d'ailleurs fréquemment, quel qu'en ait été le point de départ à la face palmaire. A l'éminence hypothénar, l'inflammation profonde peut se transmettre à l'avant bras par le moyen du tendon fléchisseur. Sous l'aponévrose palmaire, le nombre des tendons, l'étendue des toiles synoviales, la résistance des tissus, expliquent le danger de la maladie, et montrent comment elle gagne presque constamment le poignet et le devant de l'avant-bras. Une inflammation semblable du pouce ou à l'éminence thénar peut, tout en fusant vers l'avant-bras, rester confinée cependant sur le devant du radius, parce que le muscle long fléchisseur est séparé des autres presque jusqu'au haut par une espèce de cloison. La mollesse et le volume des muscles, l'écartement des deux premiers os du métacarpe, font d'ailleurs que cette éminence est souvent le siège d'assez vastes abcès. Sur le devant des doigts, et la paume de la main, les inflammations sous-cutanées ont encore cela de particulier qu'après avoir ulcéré le derme, elles décollent souvent au loin l'épiderme avant de le rompre. Sachant toutes ces choses, le praticien reconnaît aussitôt le siège de la maladie, et se trouve plus à même de lui appliquer le meilleur remède en temps opportun. Remarquant qu'autour de l'ongle le derme est réplié, vous en enlèverez aussitôt que possible les phlyctènes afin de prévenir l'extension de la phlegmasie à la racine de cette plaque cornée. Sur le

reste de la face dorsale du doigt, la phlyctène ne diffère point de ce qu'elle peut être sur le corps d'un membre : tandis qu'en avant il importe de l'ouvrir de bonne heure, si l'on tient à en borner l'extension. L'inflammation de la pulpe ayant peu de tendance à fuser, doit inspirer moins de crainte et permettre de ne pas lui appliquer aussi vite les incisions. On sent que sur la phalange moyenne il serait permis de temporiser aussi, si ce n'était la crainte de voir la gaine tendineuse se prendre : tandis que sur la première on ne peut trop se hâter de livrer issue aux matières morbifiques, puisque sans cela elles fuseraient en arrière sous la peau, ou même sous l'aponévrose palmaire. Aux éminences musculaires, il n'est pas indispensable non plus d'inciser de bonne heure, car les phlegmasies y montrent peu de tendance à se porter du côté de la paume de la main, ou sous l'aponévrose. Celles du devant de l'articulation métacarpienne gagneraient au contraire les toiles synoviales ou la face dorsale de la commissure des doigts, si on ne les arrêtait pas à temps.

L'anatomie chirurgicale apprend par la même raison ici qu'une amputation de la phalange unguéale offre peu de dangers, tandis que plus près de la main, cette opération est presque aussi redoutable qu'une amputation de bras. Les opérations sanglantes et les plaies qui seraient à peine inquiétantes sur les éminences *thénar* et *hypothénar*, sont toujours graves quand elle pénètrent au dessous de l'aponévrose, dans le creux de la main. Je pourrais encore multiplier ces détails qui sont entièrement nouveaux; en effet, il y aurait outre la peau, la couche cellulo-graisseuse et la gaine fibreuse à examiner de la même façon, les vaisseaux, les nerfs, les tendons, les os et les articulations. Si tant de remarques importantes surgissent de l'anatomie chirurgicale du doigt seulement, vous devez comprendre la valeur de ses applications dans une foule d'autres régions. La lumière qu'elle répand, quand on la cultive avec soin, est à

la fois vive et positive, parce qu'elle trouve sa source dans des conditions physiques que tout le monde peut constater. Bien entendue, bien interprétée, l'anatomie chirurgicale deviendra, je ne crains pas de l'annoncer, le flambeau du chirurgien. Avant de l'avoir soumise à l'épreuve de la clinique, j'en avais indiqué les richesses : aujourd'hui j'en parle avec plus d'ardeur encore, parce que la pratique vient chaque jour à l'appui de ce que le scapel m'avait fait deviner sur le cadavre.

Vous voyez, Messieurs, d'après tout ce que je viens de vous dire, que la chirurgie a besoin comme la médecine d'une révision presque générale. Une foule d'assertions qu'elle donne comme des vérités peuvent être exactes, mais il serait possible qu'elles fussent erronées; or l'esprit régénérateur du dix-neuvième siècle ne peut pas se contenter d'un vague. Il faut reprendre toutes ces difficultés soit une à une, soit dans leur ensemble, et les attaquer avec courage. En attendant que de nouvelles méthodes soient mises à la disposition de l'esprit pour atteindre ce but, attachons-nous à rendre celles qui existent plus rigoureuses à l'aide d'une logique calme et sévère; accueillons les faits et les conséquences que la méthode numérique, qu'une bonne statistique savent en tirer; mais n'oublions pas la défiance qu'ils doivent inspirer quand ils ne sont point entourés de toutes les garanties désirables. Soyez tour à tour *solidistes*, *humoristes*, *chimistes*, *mécaniciens*, *vitalistes*, *éclectiques*, *empiriques*, et parfois tout cela ensemble, mais rarement une de ces choses à l'exclusion absolue des autres. Comme l'erreur, la vérité dans les sciences se glisse heureusement partout, on ne la trouve par conséquent entière et complète nulle part. Pour nous aider à la saisir, un instrument nouveau se présente. Cet instrument, c'est l'anatomie chirurgicale, qu'elle serve donc de point d'appui, de base à nos recherches. La fertilité d'un pareil sol n'est pas douteuse : que les hommes laborieux s'y donnent

rendez-vous, et rien ne pourra les empêcher de marcher. Toutes les méthodes de traitement se rattachent à deux, l'une *directe*, l'autre *indirecte*. Pour moi, la thérapeutique est *indirecte*, quand elle n'arrive au mal que par des voies détournées, que par l'intermédiaire des systèmes vasculaire et nerveux. Elle est *directe* au contraire, si le remède est immédiatement porté sur le tissu malade, c'est à bien manier ces deux grands leviers de la médecine que doivent tendre tous vos efforts. Car là se trouve l'art de guérir tout entier.

S'il était permis de sanctionner la division de sciences aussi indissolubles que la médecine et la chirurgie, je dirais que l'une embrasse les maladies qui réclament exclusivement la thérapeutique indirecte, tandis que l'autre comprend les affections susceptibles d'être traitées par la méthode directe. Je vous donnerais ainsi une définition assez exacte de ces deux branches d'un même arbre; mais cette division ne devant pas être maintenue, je prendrai les deux méthodes dans leur application à la pratique commune pour vous montrer que, si le médecin peut ne pas faire de chirurgie, il est indispensable au chirurgien de savoir faire de la médecine.

Les médications indirectes sont nombreuses et de nature différente : on pourrait cependant les ranger en trois classes, dont une pour les émissions sanguines, la seconde pour les révulsifs, et l'autre pour les remèdes spéciaux, en faisant abstraction, bien entendu, des ressources fournies par l'hygiène. Remarquez au reste, que ces trois classes se retrouvent également dans la médication directe. La saignée, par exemple, soit par la lancette, soit par les ventouses, soit par les sangsues, peut être tour à tour directe ou indirecte. Les sangsues au tempes, derrière les oreilles, autour de l'orbite dans l'ophtalmie, agissent indirectement, tandis que leur application sur la conjonctive palpébrale forme un traitement direct dans la même ma-

ladié. Les scarifications, la saignée des veines sur la région malade constituent une médication directe, tandis que la phlébotomie ordinaire, soit du bras, soit des saphènes, est toujours un remède général ou indirect.

Le cautère, le séton, le moxa, les vésicatoires, les sinapismes, appartiennent à la médication indirecte, si on les place à quelque distance de l'organe affecté; à la médication directe au contraire, quand on les fait porter sur le lieu même de l'affection. Il en est de même à l'intérieur; les purgatifs, les vomitifs, agissent indirectement dans la pleurésie, le rhumatisme, l'encéphalite, etc. Leur action semble être directe au contraire, quand l'estomac ou les intestins sont le siège de certaines phlegmasies, de certaines ulcérations. Le quinquina dans les fièvres intermittentes, les antimoniaux à haute dose dans la pneumonie, les préparations de colchique, dans les arthropathies, l'iode dans les scrofules, le mercure dans la syphilis, sont des remèdes spéciaux, parce que en pareil cas, on ne connaît pas très bien encore leur manière d'agir; ils sont indirects parce qu'ils ne modifient le mal qu'après avoir modifié le système circulatoire, ou quelques fonctions, si ce n'est l'organisme en totalité.

Resserrée dans le cercle de la thérapeutique indirecte, la médecine proprement dite n'a point à s'occuper de la question que je veux agiter maintenant: celle de savoir qui mérite la préférence des traitements internes ou des traitements externes. Les maladies dites *chirurgicales* sont en effet les seules qui permettent quelquefois de choisir entre ces deux méthodes.

C'est là, Messieurs, une des hautes questions de la philosophie chirurgicale. Veuillez la méditer. Si la chirurgie en s'en tenant à sa signification grammaticale, n'avait comme jadis, que des procédés manuels à invoquer, si elle était encore l'humble servante de la médecine, nous n'aurions point à remuer de pareils principes. Mais actuelle-

ment que la science médicale a repris son unité primordiale, que la *médecine chirurgicale* est partout substituée à la *chirurgie pure et simple*, il faut que le *médecin opérateur* sache employer à propos, et qu'il connaisse aussi bien que le *médecin proprement dit* les médications indirectes. Vous avez entendu blâmer sans doute, les chirurgiens qui ne croient pas devoir user, autant que d'autres, des remèdes internes. Vous n'ignorez pas que beaucoup de médecins ont en grande estime les chirurgiens qui emploient le plus la thérapeutique indirecte, qui traitent *médicalement* leurs malades: vous savez aussi, ou vous apprendrez bientôt que, d'accord avec les gens du monde, des hommes de science reprochent souvent aux chirurgiens d'avoir sans cesse le fer à la main, et de ne pas songer assez aux organes vivificateurs. Qu'y a-t-il de fondé dans ces reproches? *User et abuser* est le point difficile en toute chose. Dire que la thérapeutique indirecte mérite la préférence partout serait absurde; soutenir qu'elle ne convient nulle part serait tout aussi déraisonnable. Pour l'appliquer à propos, tâchons donc d'en apprécier et le mécanisme et la véritable puissance. Absolument parlant, et toutes choses étant égales d'ailleurs, on ne peut pas nier que la médication directe n'ait plus d'efficacité que la médication indirecte. Il saute aux yeux qu'à vertus égales, un remède placé sur le mal même aura plus d'effet que donné par une autre voie. Appliqué sur les boutons épidermiques, le soufre guérit promptement la gale; par la bouche la même substance troublerait les organes digestifs avant de tuer l'*acarus* qui laboure la peau. Mais il n'est pas toujours possible de recourir ainsi à la médication directe. A part les surfaces tégumentaires, les organes sont naturellement soustraits à l'action immédiate de nos moyens pharmaceutiques. Il s'en faut ensuite que, dans une foule de cas, la maladie soit tout entière dans celui qui paraît en être le siège. La méthode indirecte est en conséquence

la seule ou à peu près qu'on puisse essayer dans toutes les affections dites internes, celles de l'encéphale, du cœur, des poumons, du foie, des reins, etc. N'oublions pas, pourtant, qu'à ce titre même, c'est un pis-aller, et que, ce qui n'est malheureusement pas probable, si la science venait un jour à faire connaître les causes et la nature de toutes les maladies, à découvrir partout une voie pour l'emploi de la médication directe, elle perdrait singulièrement de sa valeur. Il est clair, d'une autre part, que la méthode indirecte doit marcher de pair avec la méthode directe dans un nombre considérable de cas. Elle est de rigueur, par exemple, lorsque la maladie, quoique localisée, est entretenue ou aggravée par la constitution, l'état général du sujet, par une altération des fluides, ou une cause spécifique interne quelconque. Ainsi, vous n'irez pas traiter la véritable syphilis par de simples topiques; vous vous presserez d'associer ici des remèdes internes aux moyens directs, parce que le mal visible n'est pas tout dans l'affection vénérienne. J'en dirai autant de l'arthrite rhumatismale, de la goutte, des tumeurs lymphatiques dites scrofuleuses, etc. Jusqu'ici même, point de divergence dans les opinions: tous les praticiens sont à peu près d'accord, c'est à l'occasion d'une autre classe de maladies que commence l'embarras. Je veux parler en ce moment des affections qu'on peut traiter et qu'on traite effectivement ou directement ou indirectement, selon qu'on les envisage d'une manière plutôt que d'une autre. Prenons la gonorrhée, les scrofules, les tumeurs blanches, pour exemple. Eh-bien, je dis que dans tous les cas, la médecine directe doit être préférée en principe, et que si l'autre l'emporte, c'est par suite de l'état encore peu avancé de la science. Les scrofuleux forment d'ailleurs deux classes; l'une qui comprend les sujets lymphatiques dont un grand nombre de glandes sont dégénérées; l'autre où se trouvent les individus dont une santé générale excellente n'a point empêché le dé-

veloppement de quelques ganglions. Les premiers doivent être abandonnés à la médecine indirecte et aux ressources de l'hygiène, parce que chez eux, tout est malade; mais chez les seconds, la médecine directe vaut évidemment mieux.

Le public oublie trop, en comparant les deux médecines, que celle qui agit indirectement peut troubler une foule de fonctions avant de modifier, ou même en modifiant la maladie. Vous donnez de l'iode à l'intérieur, je suppose; d'abord vous en continuerez l'usage pendant un, deux, trois, six mois, un an; puis si le malade guérit, vous ne saurez pas le plus souvent à qui vous en prendre, des progrès de l'âge, du régime, des efforts naturels de l'organisme, ou du médicament. On pourrait répondre que prescrites en topiques les préparations d'iode offrent le même inconvénient; mais il y a ici cette différence entre les deux méthodes, que, si elles ne réussissent point, les topiques ont du moins l'avantage de ne déranger aucune fonction importante, tandis que, par l'estomac, l'iode expose à mille dangers. Que, sous son influence, une des formes de la gastrite ou de l'entérite vienne à se déclarer, il peut y aller de la vie. Sur des sujets faibles, débiles, irritables, surchargés de fluides blancs, quelles ressources avons-nous contre une inflammation des entrailles? Qui peut répondre, en donnant de l'iode, de ne pas la produire? Et, une fois établie, qui oserait promettre d'en arrêter facilement les progrès?

Songez au même remède, quand il s'agit du goître. N'est-ce pas une question de savoir s'il a plus guéri de malades qu'il n'en a fait mourir? Avant d'atrophier le corps thyroïde, il arrête la nutrition de la mamelle ou du testicule. L'amaigrissement des glandes, et de tout le corps en général, prouve assez qu'une atteinte grave, profonde, a été portée par lui à l'économie. Or la machine organique ne s'ébranle point ainsi dans ses bases, sans exposer tout l'édifice à de véritables risques, sans que la vie elle-même

ait à craindre. Et tout cela pour une substance dont l'efficacité réelle est aujourd'hui remise en question, qui est un véritable poison, pour une maladie qui n'est guère qu'une infirmité, qui n'est point douloureuse ! Est-ce à dire que je proscriis l'iode du traitement des scrophules et du goitre ? Non sans doute. Mon unique but est de faire sentir qu'il doit être employé avec réserve ; qu'on aurait tort de s'abuser sur sa valeur, qu'on aurait tort surtout, de ne pas lui substituer ou de ne pas lui adjoindre la thérapeutique directe, lorsqu'elle offre quelque chance de succès ; qu'il n'est pas si facile, qu'on semble le penser, de décider, de prime abord, de la prééminence d'une méthode sur l'autre en thérapeutique.

La blennorrhagie, que tout annonce être d'abord une maladie absolument locale, n'en fait pas moins naître les mêmes réflexions. Le copahu, le cubèbe, et autres remèdes qu'on lui oppose, par la méthode indirecte, ont aussi leurs difficultés. Chez beaucoup de jeunes gens, l'estomac et les intestins, le col de la vessie même et la prostate, en sont fortement irrités. En traversant les entrailles, ils y ont déposé, plus d'une fois, le germe d'affections mortelles. Cependant tous les praticiens les emploient : il s'en fait une consommation immense. En voici la raison : la maladie, abandonnée à elle-même, ne permet aucune sécurité pour l'avenir ; elle suspend l'exercice d'une fonction importante et cause quelquefois d'affreuses souffrances. La médication indirecte bien appliquée en triomphe ordinairement avec promptitude, tandis que la méthode directe échoue le plus souvent. Disons en outre que les écoulements taris sur place dans l'urètre exposent aussi à des accidents redoutables, et que leur traitement local offre assez d'embarras, exige assez de précautions pour que, dans l'état actuel de la thérapeutique, on aime autant à recourir à la méthode indirecte, malgré ses inconvénients. Il n'en est pas moins vrai que c'est surtout la thérapeutique directe de la blen-

norrhagie qu'il convient de varier, de méditer ; que c'est elle qu'il faut perfectionner et qui devra l'emporter un jour.

Les arthropathies chroniques, vulgairement nommées *tumeurs blanches*, ont bien plus besoin encore d'être envisagées sous ce point de vue que les scrophules et les urétrites. Fatigués de l'insuffisance des topiques, les chirurgiens se sont adressés de bonne heure à la médecine indirecte. Aussi les voyez-vous employer avec une sorte de fureur aujourd'hui ce que la matière médicale possède de plus énergique, l'iode, la baryte, le colchique, le mercure, etc., etc. Si le règne de l'iode, dans ces affections, est à peu près fini, les trois autres substances que je viens de rappeler ont plus de vogue maintenant que jamais. Mais je les ai assez expérimentées pour avoir le droit de dire qu'on les abandonnera bientôt. Si ces moyens indirects ont jamais amené la guérison de quelques arthropathies chroniques, il est à peu près certain que c'est en irritant le tube digestif, soit à la manière des purgatifs, ou bien en agissant à la manière des altérants, et non pas comme remèdes spécifiques. Ce qui abuse d'ailleurs dans ce cas, c'est le vague du diagnostic. Une tumeur blanche est une maladie qui guérit avec tout ou qui résiste à tout, selon qu'elle porte sur tel ou tel tissu, qu'elle est entretenue par telle ou telle cause. Que prouvent après cela, je vous le demande, les observations qu'on publie en faveur d'une méthode thérapeutique, ou contre un moyen quel qu'il soit si l'on s'en tient au titre vague de *tumeur blanche* ?

Pour ce qui est du mercure à haute dose, on ne peut en nier l'efficacité, soit dans le traitement des arthropathies, soit dans le traitement de plusieurs autres phlegmasies ; mais s'il est utile dans quelques cas, par la méthode indirecte, ce remède n'a-t-il pas aussi ses dangers ? Croyez-vous que tous les hommes puissent ingérer impunément de douze à trente grains de calomel par jour pendant une

semaine ou deux. Est-il raisonnable d'acheter l'amélioration souvent passagère d'une tumeur blanche, au prix d'une violente entérite, d'une salivation abondante, d'une liquéfaction profonde des liquides ?

Avant de mettre en jeu de pareilles armes, souvenez-vous, Messieurs, qu'elles ne peuvent éteindre la lésion externe qu'en faisant naître une autre maladie au dedans. Demandez-vous alors si, étant admise, l'affection interne sera moins dangereuse, plus facile à maîtriser que celle de l'extérieur, et si en la déterminant vous avez au moins des chances nombreuses d'amoindrir, ou de dissiper l'autre ? En raisonnant ainsi, vous ne vous laisserez point étourdir par ce vain caquetage de commères qui ne frappera que trop souvent vos oreilles, et vous sentirez bientôt ce qu'on peut espérer comme ce que l'on doit craindre de la thérapeutique indirecte dans les affections chirurgicales.

Néanmoins, ce n'est pas tout. Une lutte a existé de tout temps entre les diverses méthodes, soit directes, soit indirectes, que possède la science contre chaque espèce de maladie; et sous ce rapport vous aurez tous les jours à faire un choix dans la pratique. Une affection étant donnée, peut-on la guérir avec l'instrument tranchant ? Oui, mais on vous objectera que l'art consiste à rendre les opérations inutiles bien plus qu'à les pratiquer; que le bistouri est une dernière ressource, et qu'on doit tout faire pour en éviter l'emploi, pour en restreindre les applications. Aussi chante-t-on victoire chaque fois que par des médications, soit directes, soit indirectes, ou d'un autre ordre, on parvient à dissiper l'une des nombreuses lésions qui ne disparaissent habituellement que par l'action du bistouri. C'est ainsi que la guérison de quelques fistules lacrymales par la méthode antiphlogistique, de certaines tumeurs du sein par la compression ou par les émissions sanguines, des calculs vésicaux sans lithotomie, etc., a été reçue d'a-

bord comme la source d'autant de conquêtes chirurgicales importantes.

La question sur tous ces points me semble mal posée. Il ne s'agit point en effet de savoir s'il est possible de guérir telle maladie sans opération; mais si on la guérit mieux, plus sûrement, et avec une somme moindre de dangers pour la suite.

Prenons pour premier type les tumeurs, les stéatômes du crâne. Une opération simple triomphe très aisément de ces loupes. On voit cependant chaque jour des praticiens s'efforcer de les guérir soit à l'aide de l'acupuncture, de simples topiques, ou des caustiques, etc., etc., et crier à la découverte, au progrès, quand ils réussissent. Gardez-vous, Messieurs, d'en juger ainsi. Avec le bistouri toute la tumeur disparaît en quelques secondes. L'opération est à la fois moins grave et plus facile qu'une saignée; la guérison s'achève en quelques jours au plus tard. Le caustique, au contraire, produit une escarrhe qui ne tombe et ne peut tomber en effet qu'au bout d'une semaine ou deux. Après la chute de l'escarrhe, il reste la plaie à cicatrifier. Le succès de l'acupuncture et des autres topiques est loin d'être constant, et, quand il a lieu, ce n'est qu'après un très long temps. Ici donc, excepté chez les personnes qui ont une répugnance invincible pour le bistouri, c'est rétrograder, que de chercher un remède en dehors de l'instrument tranchant. On guérit aujourd'hui 49 hydrocèles au moins sur 50 par l'injection vineuse ou iodée. Cela n'empêche pas quelques personnes d'essayer encore contre cette maladie soit des liquides résolutifs, ou des pommades de même nature, soit des vésicatoires, et de s'applaudir de leurs rares succès, comme si, de cette façon, le traitement n'était pas cent fois plus long, plus incertain, plus douloureux, que par l'opération.

Avec des saignées, des cataplasmes, des frictions réso-