

Je pense que si l'on allait au fond des choses pour les malades qui, phthisiques, sont devenus fous, on trouverait des antécédents analogues : que, par exemple, telle phthisique folle, à tendance homicide, avait une violence de caractère habituelle ; et que telle autre érotomane, dont on nous dit qu'elle avait toujours été des plus réservées en public, était, dans le particulier, plus sensuelle que de raison.

En résumé, ce que j'ai voulu, par cette leçon, c'est faire voir qu'on peut observer, dans la phthisie pulmonaire, les troubles les plus importants de l'innervation ; que ces troubles sont associés aux formes les plus graves de la tuberculisation ou apparaissent au moment d'une aggravation définitive et sans merci de la maladie tuberculeuse ; qu'ainsi, enfin, ils deviennent un indice important et de l'extrême gravité du mal, et de la fin prochaine du malade.

## CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON

LA FISTULE A L'ANUS ET LA TUBERCULISATION PULMONAIRE. — Phlegmon de la marge de l'anus, abcès de cette région, et fistule à l'anus spontanés chez les tuberculeux. — Ne sont pas causés par une tuberculisation locale, mais par un mauvais état général, dont la tuberculisation des poumons est l'expression éclatante et suprême. — La fistule à l'anus, fonction morbide, ne doit pas être supprimée sans précaution.

MESSIEURS,

Dans les premiers jours de janvier 1873, j'avais à soigner, d'un abcès de la marge de l'anus, un jeune garçon de quinze ans, né d'une mère phthisique et lui-même de constitution très délicate. Jusque-là j'avais réussi à préserver cet enfant, dont je dirigeais la santé depuis la mort de sa mère, c'est-à-dire depuis dix ans, de tout accident maladif ; non pas en le médicamentant, mais en lui faisant passer près de huit mois par année en pleine campagne, et en le faisant s'y livrer, avec les enfants de son âge, à tous les jeux comme à tous les exercices de la vie agreste, courant par les champs, grimant aux arbres, montant à cheval, se baignant en rivière, se hâlant le teint et se durillonnant les mains, mangeant force laitage, vivant en un mot, non pas comme un petit prince qu'il est, mais comme un petit paysan que je voulais qu'il devînt. Malheureusement, l'hiver on revenait à Paris, où la vie était nécessairement plus sédentaire. Et puis il fallait s'instruire. J'avais préféré l'éducation d'externe dans un lycée à celle du logis paternel sous la direction d'un précepteur, afin de forcer le jeune garçon à sortir chaque jour deux fois au moins, et à vivre ainsi d'une existence un peu plus extérieure. Tout alla bien pendant un an, puis les préjugés de caste reprirent le dessus et, vers sa quinzième année, l'enfant fut confié à un ecclésiastique, avec lequel il mena une vie presque céno-



bitique ; c'est dans ces conditions fâcheuses, coïncidant avec l'époque de la puberté, qu'il eut un premier abcès à la marge de l'anus, dont il eut le bonheur de guérir sans fistule consécutive. Or, l'année d'après, je trouvai mon jeune homme habitant avec son précepteur un très petit appartement, bas de plafond, couchant dans la chambre même où il étudiait toute la journée ; digérant mal, constipé, et de nouveau atteint d'un phlegmon anal, qui se termina par résolution.

Pour le coup, j'exigeai une réforme complète de l'hygiène, et la belle saison fut passée à la campagne. Jusque-là aucun indice de tuberculisation pulmonaire. Mais, six mois après la dernière lésion anale, je constatai pour la première fois de la respiration saccadée aux deux sommets, surtout en haut du poumon gauche, où existait de la submatité. Il n'y avait pas à s'y tromper, la tuberculisation était évidente et s'était développée au milieu des conditions où étaient successivement apparues les phlegmasies de la région anale ; premier témoignage matériel du mauvais état de l'organisme, dont la tuberculisation des poumons était la manifestation éclatante et définitive.

Si l'on pouvait douter encore de l'influence des conditions hygiéniques sur le développement d'affections aussi différentes de siège et de nature, que le sont une phlegmasie circumanale et la tuberculisation pulmonaire, il suffirait de vous faire savoir que depuis quatre ans la lésion des poumons est restée stationnaire, les deux hivers de 1874-1875 et 1875-1876 ayant été passés à Menton, et les deux suivants sur les hauts plateaux de Davos, sans médication aucune, sinon de temps à autre, s'il y a indice de faiblesse, de petites quantités d'huile de foie de morue et de vin de quinquina. Dans ces conditions, la puberté s'est accomplie sans encombre, la vingtième année est atteinte, la tuberculisation sommeille et l'existence semble assurée pour d'assez longues années encore. Tuberculeux, ce jeune homme n'est pas, jusqu'ici, devenu phthisique.

Un jour de l'été de 1866, j'étais appelé à donner des soins à un homme d'assez robuste apparence — en fait très lymphatique, blond empâté, aux paupières atteintes de blépharite chronique — et qui avait un phlegmon de la marge de l'anus spon-

tanément survenu. Il vivait dans des conditions qu'on pouvait supposer satisfaisantes, mais était en réalité très préoccupé d'opérations de Bourse, auxquelles il se livrait par profession et dont quelques-unes venaient d'être très malheureuses.

Il guérit néanmoins parfaitement, sans abcès, de son phlegmon anal, par les sangsues, les cataplasmes et le repos. Je n'en avais plus entendu parler et le croyais bien portant, lorsque, six mois plus tard, je recevais de Nice une lettre de faire-part de sa mort : il y avait succombé à la phthisie rapide. Ainsi, à peu de mois de distance, phlegmasie anale et phthisie ultérieure — je ne dis pas consécutive, ne voulant faire ici ressortir que la succession chronologique.

C'est plus qu'une succession chronologique, c'est une succession de causalité que l'on découvre dans les faits suivants : le 3 septembre 1872, j'étais appelé par un des plus habiles chirurgiens de nos hôpitaux pour essayer d'arrêter une hémoptysie aussi abondante que rebelle, laquelle était survenue dans les circonstances que voici : un jeune homme de dix-neuf ans avait une fistule à l'anus depuis plusieurs mois ; il avait eu, un peu avant sa fistule et pendant les premiers jours de l'existence de celle-ci, une blennorrhagie très intense. (Je vous prie de remarquer la coexistence de ces deux flux, d'ordre différent et de nature indépendante, qui furent, vous l'allez voir, successivement supprimés.) Le flux urétral fut guéri par un traitement approprié et sans dommage pour l'organisme. Il n'en devait pas être ainsi du second.

Le médecin ordinaire du malade pratiqua infructueusement l'opération de la fistule ; celle-ci persistait, bien qu'amoindrie, et le mal n'était pas grand. Mais le malade, et surtout la famille, désiraient la disparition complète de ce qu'ils considéraient comme une infirmité déshonorante. Vous allez apprendre ce qui en advint.

La fistule remontait très haut ; les tissus étaient lardacés : il fallut exciser profondément, et l'opération, très laborieuse, fut faite à souhait ; toutes les parties malades furent enlevées. Les pansements consécutifs durèrent longtemps, et le malade dut subir au lit un séjour très prolongé. Enfin la cicatrisation



complète et la guérison absolue de la fistule furent obtenues.

C'est alors que tout à coup, chez ce jeune homme, anémié par sa fistule, son opération et sa claustration forcée (bien qu'il eût engraisé, comme font les animaux largement nourris et au repos), survint une hémoptysie foudroyante. On tenta vainement de l'arrêter par les révulsifs, les boissons glacées et le silence. Le troisième jour de cette hémorrhagie, qui devenait périlleuse par son abondance, on me pria de venir. Je fis donner 3 grammes d'ipécacuanha, qui provoquèrent d'abondants vomissements, accompagnés du rejet de quelques gorgées de sang noir, caillé, ayant évidemment séjourné dans les bronches. A partir de ce moment, l'hémoptysie fut insignifiante : pendant quatre jours encore le malade rejeta quotidiennement des crachats sanglants, de moins en moins nombreux, puis l'hémoptysie cessa.

Mais ce qui ne cessa pas, ce fut la toux, sèche alors et fréquente. Or, pendant la durée de l'hémoptysie, on entendait des bulles humides, fines, disséminées des deux côtés et de haut en bas, qui devinrent de plus en plus rares après la cessation de l'accident hémoptysique. En même temps qu'elles, je percevais au sommet droit, et comme unique signe de tuberculisation pulmonaire, une inspiration saccadée, d'autant plus évidente que les bulles étaient de jour en jour moins nombreuses, inspiration saccadée que le chirurgien voulut bien entendre, par politesse. Je ne doutais pas qu'elle ne fût l'indice d'une tuberculisation pulmonaire actuelle, et je pronostiquai en conséquence.

Voici d'ailleurs quels étaient les antécédents très particuliers du jeune homme : il était asthmatique depuis son enfance, et emphysémateux par le fait de son asthme. S'il n'y a rien à dire du côté paternel, il n'en est pas ainsi du maternel, où il y a un oncle et une tante très asthmatiques, deux oncles morts de phthisie fébrile continue, un quatrième oncle hémiplégique à quarante-cinq ans, et une mère très délicate, un peu herpétique, mais non tuberculeuse.

Longtemps le jeune malade n'eut que de la respiration saccadée et de l'oppression croissante. Puis survinrent tous les signes classiques de la tuberculisation qui marche : craquements, râles humides, souffle, expectoration caractéristique. L'évolution en

fut ralentie par les vésicatoires et les cautères, le séjour à la campagne et une alimentation choisie, aussi abondante que réparatrice.

J'abrège, pour vous dire qu'à la fin d'octobre 1876, quatre ans après la guérison de sa fistule et l'hémoptysie dénonciatrice de sa tuberculisation, ce malade mourait à Cannes de la phthisie la plus lamentable qui se pût voir, en raison de l'excessive dyspnée à laquelle il était en proie depuis plusieurs mois, du fait de son asthme, de son emphysème et de sa tuberculisation pulmonaire (1).

Je ne ferai que rappeler ici le cas du malade de M. le professeur Hirtz, lequel, étant fils d'herpétique et frère de tuberculeux, fut opéré de sa fistule malgré l'avis de M. Hirtz, et lui revenait deux ans après, « atteint d'une tuberculose confirmée à laquelle il succomba (2). »

J'aime mieux aborder maintenant les questions à la fois doctrinales et pratiques que le sujet comporte et provoque.

Et d'abord le phlegmon anal ou la fistule dérivent-ils d'un tubercule sous-jacent? Il se peut, et la chose est si vraisemblable qu'elle a été à peu près admise, bien qu'hypothétiquement, par d'excellents observateurs. Mais qu'il s'en faut qu'elle soit démontrée! Aucune autopsie ne l'a prouvée; et des faits tels que mes deux premiers cas sont pour la contredire.

Il est bien certain, en effet, que ni l'un ni l'autre de ces malades, qui ont eu leur phlegmon et leur abcès à l'anus avant toute manifestation tuberculeuse aux poumons, et qui ont guéri de ce phlegmon et de cet abcès, ne devaient leur accident à une tuberculisation locale. Où, d'ailleurs, dans l'espèce, aurait siégé leur tubercule hypothétique et protopathique? Dans la peau? Assurément non. Dans la muqueuse anale? Mais il n'y en avait pas trace. Ce ne pouvait donc être que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or, en voit-on jamais en ces points? Et les accidents tuberculeux ont-ils pour habitude de guérir, comme il est arrivé dans ces cas? Il s'agissait donc bien, chez eux, d'affection phleg-

(1) C'est de ce malade qu'il est déjà question page 306, à propos de la respiration saccadée et de sa haute valeur séméiotique.

(2) Voir plus haut, p. 156.



moneuse, où le tubercule n'était localement pour rien. Le fait est ainsi d'ordre plus général et plus complexe.

Il faut donc, suivant moi, concevoir que le tuberculeux ne devient tel que parce qu'il est dans un mauvais état général héréditaire ou acquis; que ce mauvais état général prédispose d'ailleurs aux catarrhes, comme aux phlegmons, aux abcès et aux fistules, sans que, nécessairement, ces diverses affections soient d'origine tuberculeuse; ces accidents locaux n'étant, au contraire, comme le mal tuberculeux, que l'expression phénoménale, matériellement réalisée en des points très différents et sous des formes distinctes, d'un même état vicieux de l'organisme.

Que si, maintenant, la fistule à l'anus est si fréquente dans la phthisie pulmonaire, c'est que la phthisie est la forme la plus fréquente aussi, comme la plus accentuée et la plus persistante, d'un mauvais état général, primitif et fondamental. En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'on est tuberculeux qu'on a un abcès ou une fistule à l'anus, c'est parce qu'on peut ou qu'on va l'être.

Celui donc qui est tuberculeux ou qui va le devenir a de la tendance au catarrhe comme au phlegmon, et ce phlegmon de la tendance à l'abcès; ainsi qu'il arrive au lymphatique ou au scrofuleux. Tout mal survenant chez un tuberculeux n'est donc pas nécessairement tuberculeux; — ainsi des panaris et des otites; ce qui ne veut pas dire qu'il ne puisse y avoir des ulcérations tuberculeuses de la membrane muqueuse de l'anus ou des tubercules du rocher, causes de fistules ou causes d'otites; mais ces derniers accidents (tuberculisation anale ou pétrée) ne se montrent que dans une période très avancée de la phthisie pulmonaire, et sont de beaucoup les causes les moins fréquentes de l'otite et de la fistule.

(Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que du phlegmon anal ou de la fistule spontanés, intrinsèques, qui surviennent par le fait propre de l'organisme, sans cause locale ou directe appréciable, et nullement de la fistule ou du phlegmon anal d'origine extrinsèque, consécutifs, par exemple, à un traumatisme ou à la pédérasie; lesquels, bien différents des premiers, guérissent habituellement avec facilité et sans dommage ultérieur.)

J'ai parlé tout à l'heure des rapports de coïncidence et de cau-

salité entre la phthisie pulmonaire et la fistule à l'anus; on les a niés (que ne nie-t-on pas?), en s'appuyant sur la statistique mal comprise. On a dit (Andral, Louis) que « le nombre des cas de fistule anale était insignifiant sur 100 cas de tuberculisation pulmonaire. » Ce qui est vrai. Mais qui ne voit que, pour avoir une solution valable, il fallait retourner les termes du problème, et chercher « combien, sur 100 cas de fistule à l'anus, il y avait de tuberculeux? » C'est alors qu'on aurait découvert le rapport réel de causalité entre les deux affections. Par exemple, mes trois cas et celui de M. Hirtz auraient échappé au premier mode de statistique, puisque c'est après guérison de leurs accidents à l'anus que la tuberculisation se déclara chez ces malades.

En fait, vous pourrez voir, et fréquemment, d'une part, des fistuleux tels que le sujet de mon troisième cas, opérés et guéris, présenter tout à coup, après la disparition de leur fistule, les signes émouvants de la tuberculisation qui se démasque, ou les symptômes d'une tuberculisation qui s'aggrave; et, d'autre part, des sujets ayant à la fois la fistule et la tuberculisation pulmonaire, vivant de longues années avec leur fistule suppurante et leur tuberculose très lentement progressive. Ainsi d'un homme de trente-huit ans que j'avais dans mon service de la Pitié, en 1869, atteint depuis deux ans et demi de tuberculisation pulmonaire, caractérisée dès son début par de la toux persistante, de la perte des forces et de la diarrhée; ayant quelques mois plus tard une fistule à l'anus, laquelle fut opérée sans succès à l'Hôtel-Dieu, et suppura abondamment. A son entrée dans mon service, deux ans et demi après le commencement de la tuberculisation, et environ deux ans après l'apparition de la fistule, voici quelle était la situation du malade à ce double point de vue :

Le 18 mai, on constate un pertuis infundibuliforme à gauche de l'anus, pertuis à bords bourgeonnants et décollés, recouverts de sanie purulente, et dans lequel un stylet pénètre à 3 centimètres de profondeur dans la paroi rectale correspondante. Il s'en écoule un pus séreux, abondant, dont la chemise du malade est souillée.

La toux est actuellement peu fréquente; l'appétit très peu



vif ; la diarrhée se reproduit fréquemment. Il y a des sueurs nocturnes, et pour toutes ces raisons le malade est très affaibli.

Néanmoins les signes physiques des lésions du poumon au voisinage des tubercules sont beaucoup moins accentués qu'on ne pourrait s'y attendre, étant donné la date déjà reculée de l'affection et l'ensemble des troubles fonctionnels : ainsi, à la percussion, « submatité et perte d'élasticité au sommet droit, plus marquées en arrière qu'en avant ; ailleurs, sonorité normale. A l'auscultation, respiration ronflante et soufflante au sommet droit ; soufflante dans presque tout le poumon ; *craquements humides* dans le tiers supérieur ; *quelques râles bronchiques fins disséminés* au tiers moyen. A gauche, au sommet, respiration sèche, saccadée, rude et sans bruits anormaux.

*Expectoration presque nulle* ; jamais de sang dans les crachats.

C'est-à-dire qu'il y avait des granulations tuberculeuses dans la presque totalité du poumon droit et dans le tiers du poumon gauche ; mais qu'il n'y avait d'hypérémie concomitante que dans une petite étendue du poumon droit, et que l'irritation de voisinage (inflammatoire ou ulcéreuse, pulmonaire ou bronchique), d'où naît la sécrétion, était des plus faibles, les râles humides étant très peu nombreux et l'expectoration presque nulle.

Le malade s'éteignit lentement, cinq mois plus tard, trois ans après le début de sa tuberculisation, par le fait de son hématorose entravée, de sa diarrhée, de ses sueurs, mais sans ulcérations profondes du poumon. La germination tuberculeuse avait continué dans les poumons, mais sans provoquer une vive fluxion d'alentour. Le mal était un peu partout, disséminé.

Maintenant, 1° faut-il, chez un individu menacé de tuberculose, guérir un abcès de la marge de l'anus ou l'empêcher de devenir fistuleux ? 2° faut-il opérer et chercher à guérir la fistule à l'anus chez un tuberculeux ?

1° L'abcès anal ne doit-il pas être guéri en vue de la tuberculisation consécutive possible ? Et doit-on le laisser devenir fistuleux, parce que la fistule peut être une sorte d'exutoire naturel, ou un phénomène compensateur ?

A cela je réponds que la question est mal posée, et que la

solution dépend de conditions individuelles. Oui, l'abcès de la marge de l'anus doit être traité ; mais si le mal est spontané et le sujet lymphatique, il importe de faire ses réserves et de signaler à la famille la possibilité de la tuberculisation ultérieure — je ne dis pas consécutive. Il faut d'ailleurs prendre ses précautions, et établir pendant un certain temps un exutoire au bras (vésicatoire ou cautère), agissant à la fois comme agent révulsif, substitutif et compensateur du mal spontané. En tout cas, il importe de redoubler de zèle au point de vue des précautions hygiéniques.

2° De même, la fistule à l'anus doit-elle ne jamais être opérée chez un individu menacé de tuberculisation et à plus forte raison chez un tuberculeux ? La solution est également ici toute personnelle : si la fistule est de médiocre importance, peu suppurante, surtout de date récente, de telle façon qu'elle ne constitue pas encore une habitude morbide dans l'organisme, on peut l'opérer, mais en prenant soin d'établir, au moins pour quelque temps, un exutoire de précaution. Si, au contraire, dans les conditions que je viens de dire, la fistule date d'un long temps, je pense, avec Trousseau, qu'il vaut mieux la respecter. Enfin, si elle est très profonde, très douloureuse et abondamment suppurante, il faut l'opérer, même chez un tuberculeux ; car elle est pour le malade une cause de débilitation qu'il importe de supprimer ; mais les précautions à prendre sont proportionnelles à la gravité comme à l'ancienneté de la fistule ; je veux dire que, dans ce cas surtout, l'exutoire est d'obligation. Telle est la pratique de M. le professeur Mabit, de Bordeaux, qui fait mettre alors un cautère sous la clavicule, et rien n'est plus médical ni plus sage. C'est pour avoir opéré dans ces circonstances, en négligeant des précautions que je considère comme indispensables, qu'on a eu à se repentir.

Assurément, la guérison radicale de la fistule à l'anus n'est pas constamment suivie d'aussi déplorables catastrophes qu'on l'a vu dans mon cas de tout à l'heure, sans quoi la lumière serait faite pour tous sur sa malfaisance, et l'on ne discuterait plus. Il en est ici comme de certains autres méfaits thérapeutiques qui ne sont évidents que dans certains cas, sinistrement éblouis-

BIBLIOTHÈQUE FAC. DE MED. U. A. N. E.



sants par la rapidité comme par la gravité des conséquences. Ceux-là seuls, cruellement démonstratifs, prouvent pour les autres et suffisent.

Je crois avoir clairement établi qu'on ne devient pas tuberculeux parce que la fistule a été opérée, mais que la suppression de la fistule a imprimé une impulsion plus ou moins rapide à la tuberculisation alors en puissance ou en acte. Par exemple, mon jeune homme de tout à l'heure n'a pas été rendu tuberculeux par sa fistule guérie, la suppression de sa fistule n'a pas engendré ses tubercules, mais il avait simultanément des granulations pulmonaires latentes et une fistule anale évidente ; les unes et l'autre, parce qu'il était débile et de mauvaise race. De telle sorte que l'hypérémie anale habituelle, chronique, ayant été définitivement supprimée, la fluxion s'est portée vers les poumons tuberculeux, vers le point où existait une épine morbifique, vers la *pars minoris resistentia*.

Ainsi la « fonction morbide » fistule ne peut être supprimée sans dommage, car elle a chance d'être remplacée par une « fonction morbide » différente, siégeant dans un organe « plus noble », en réalité, plus important à l'organisme ; et, ici, c'est le poumon qui sera l'offensé.

Il faut bien comprendre qu'il y a là tout à la fois une fonction morbide et une *habitude* également morbide ; et qu'il est doublement périlleux de supprimer l'une en supprimant l'autre.

Je dis qu'une maladie chronique locale est si bien devenue fonction et habitude, que sa disparition momentanée coïncide habituellement avec un trouble marqué de l'organisme ; et que sa réapparition se fait avec le retour au *statu quo*. Ce qui démontre que la santé générale s'est arrangée de l'existence de la maladie locale chronique, devenue ainsi fonction intégrant.

L'exemple que j'invoquerai ici sera celui du « catarrhe sec » de Laennec, c'est-à-dire l'hypérémie chronique de la muqueuse pharyngo-laryngée avec hypertrophie consécutive des glandules, et sécrétion exagérée habituelle ; le tout parfaitement compatible avec la santé. Chaque jour, surtout le matin, l'individu « tousote », « graillonne », a le « hem » des Anglais et rejette à la suite

des crachats perlés plus ou moins abondants, et toujours innocents. Or, survient-il un désordre dans la santé générale, par un écart de régime ou une fatigue excessive ; plus encore, une maladie générale aiguë est-elle imminente, aussitôt il y a diminution ou suppression du flux habituel, qui ne reparait qu'avec le retour de la santé antérieure, dont il devient l'indice et la confirmation.

Qu'on le sache bien, ce n'est pas la quantité du pus sécrété par un exutoire qui fait office bienfaisant de révulsion ou de dérivation — cette quantité est le plus souvent insignifiante — la chose est tout autrement complexe ; c'est à titre de *fonction morbide*, comme phénomène de compensation ou de substitution, et en vertu de l'aphorisme hippocratique modifié : *Duobus morbis simul obortis, debiliior obscurat alterum*.

J'ai discuté la question d'utilité ou d'opportunité de l'opération de la fistule chez un tuberculeux : l'opération n'est vraiment pas discutable chez le phthisique avancé, pour lequel elle est sans utilité et chez lequel elle n'a guère chance de réussir ; de sorte qu'on est, en résumé, autorisé à dire que la fistule à l'anus *ne peut pas se guérir* chez le phthisique qui finit ; et qu'elle *ne doit pas être guérie*, sans précaution dérivatrice, chez le tuberculeux qui commence.

Il est enfin un point de pratique, — et non le moins important au diagnostic, au pronostic comme au traitement, — que je veux faire ressortir, à savoir que la production *spontanée* d'un phlegmon ou d'un abcès à la marge de l'anus, à plus forte raison d'une fistule, indique la débilité ou la débilitation actuelle de l'organisme ; qu'elle doit ainsi faire craindre pour l'avenir ; qu'elle impose au médecin l'obligation d'explorer attentivement l'état des poumons, surtout si l'individu tousse, s'il est atteint d'une affection légère encore en apparence de l'appareil respiratoire ; spécialement si cette affection est une pleurésie, dont on peut alors soupçonner, puis déterminer l'origine tuberculeuse. J'ai assez dit ce que devaient être alors l'hygiène générale, le traitement de l'accident anal et la médication dérivatrice, pour n'avoir pas à insister davantage.