

## 5

## Des rapports entre l'intensité des épidémies cholériques et le degré de sécheresse de l'air.

M. de Ruolz, à qui l'on doit la bienfaisante découverte de la dorure par la pile, qui a si admirablement transformé l'industrie, jadis meurtrière, de la dorure et de l'argenture des métaux, a appelé l'attention, en 1859, sur une relation singulière qui existerait entre l'intensité des épidémies cholériques et le degré de sécheresse de l'air. Les vues qu'il signale entre les variations de l'hygromètre et l'intensité du choléra, M. de Ruolz ne les présente qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, se bornant à faire appel, pour en vérifier l'exactitude, aux lumières des hommes compétents et au concours des administrations publiques, tant en France qu'à l'étranger. Cette réserve même est pour nous un motif de plus d'accueillir le travail de ce recommandable savant, de nous joindre à lui pour appeler sur ce sujet l'attention des observateurs ou des administrations qui seraient en mesure de contrôler les faits dont il s'agit.

Comment l'humidité atmosphérique serait-elle une sorte de préservatif contre le choléra? C'est là une question complexe, un problème sans doute insoluble et dans lequel M. de Ruolz refuse sagement de s'engager. Laisant de côté toute discussion théorique, il se contente d'exposer les résultats statistiques qu'il a rassemblés. C'est ce que nous allons faire avec lui.

On possède, sur les épidémies cholériques de 1832, 1849 et 1854, d'excellents rapports émanés de l'administration de l'assistance publique et dus à M. Blondel, administrateur en chef des hospices de Paris. Grâce à ces précieux documents, M. de Ruolz a pu se procurer, pour

Paris et pour les années 1832, 1849 et 1854, les chiffres exacts des admissions et des décès dans les établissements hospitaliers, et très-approximativement, les chiffres des décès à domicile. Il lui a été permis, en outre, de dépouiller tous les bulletins journaliers adressés à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, pendant l'année 1854.

Il a été moins heureux en ce qui concerne les observations hygrométriques. Ces observations furent faites assez régulièrement en 1832; mais, par une coïncidence bien regrettable, il n'en a été faite aucune à l'Observatoire de Paris, en 1849.

Bien que les observations de 1854 présentent de très-fâcheuses lacunes, M. de Ruolz a pu réunir une collection de relevés hygrométriques assez complète pour poser les propositions qu'il énonce ainsi :

1° L'étude de l'épidémie de Paris, en 1832, conduit au résultat général suivant :

Mois le plus fort du choléra, avril. — Mois le plus faible de l'hygromètre, avril.

Mois le plus faible du choléra, septembre. — Mois le plus fort de l'hygromètre, septembre.

De juin à juillet, recrudescence. — De juin à juillet, baisse hygrométrique.

Le choléra, à son apogée en avril, s'éteint fin septembre. — L'hygromètre, au plus bas en avril, s'élève successivement jusqu'à fin septembre, comme il suit : 66 — 70 — 73 — 76.

Pour l'année 1854, on obtient un résultat analogue.

2° Pour les deux épidémies de 1832 et 1854<sup>1</sup>, une coïncidence incontestable existe entre l'intensité épidémique et l'état hygrométrique de l'atmosphère, l'intensité choléri-

1. On a vu que, pour 1849, les observations hygrométriques manquaient à l'Observatoire de Paris.



que étant en raison inverse de la hauteur de l'hygromètre, c'est-à-dire en raison directe de la sécheresse de l'air.

Cette coïncidence est la même en prenant pour point de comparaison, soit les décès en ville, soit les décès dans les établissements hospitaliers, soit la mortalité cholérique totale, soit enfin les admissions dans les hôpitaux.

M. de Ruolz fait connaître dans son travail quelques faits qui justifient le singulier rôle préservateur des épidémies cholériques qui semble appartenir à l'eau répandue dans l'atmosphère. Il fait remarquer que la ville de Lyon, dont le climat est si particulièrement, si constamment humide, par suite des deux grands cours d'eau qui le traversent, a toujours été respectée par le choléra. Bien que les populations de Marseille, de la Suisse, du nord de l'Italie, se soient concentrées dans cette ville pendant nos trois grandes épidémies cholériques; bien qu'un grand nombre d'étrangers, déjà atteints du choléra dans ces divers pays, soient venus y mourir, jamais cette grande cité, où tant de causes d'infection étaient pourtant rassemblées, n'a été envahie par le choléra.

Quelques-unes des observations contenues dans le rapport de M. Blondel sur les épidémies de 1832 et 1849 tendent à confirmer le même fait. On lit dans ce rapport de M. Blondel :

« Chez les blanchisseuses, constamment exposées à l'action de l'humidité, la mortalité a été relativement très-faible. La mortalité générale étant de 55 sur 100 malades, n'a été, chez les blanchisseuses, que de 45,6.

« Pour l'ensemble des professions vivant dans les lieux humides, sur les bords des rivières, ou faisant de l'eau un usage habituel, elle n'a été que de 48,5 pour 100.

« Si l'on compare les chiffres de la mortalité avec chacune des conditions particulières de position, de ventilation et d'espace, on arrive à dire que le voisinage de l'eau n'est pas une condition défavorable. »

On pourrait citer plusieurs faits venant, comme les pré-

cédents, à l'appui de la thèse soutenue par M. de Ruolz, par exemple, celui qui a été observé dans la dernière épidémie cholérique à Londres : l'influence très-manifeste des arrosements à grande eau de la voie publique, pour diminuer le nombre et l'intensité des cas de choléra. Mais on pourrait aussi invoquer un grand nombre d'observations entièrement contraires à la même thèse. Les cas de choléra qui se produisent chez les marins, constituent un argument contre la réalité de l'influence préservatrice de l'eau répandue en vapeur dans l'atmosphère. La Hollande, malgré son climat humide, n'a pas été exemptée, plus que tous les autres pays, des invasions cholériques. Enfin, dans certains pays ou dans certaines villes, tout un côté de rivière, tout un quartier de ville ont été épargnés, tandis que la partie opposée était ravagée par le choléra; cependant les conditions d'humidité de l'air étaient les mêmes dans les deux cas.

On peut dire, en définitive, que la question qui nous occupe est plutôt soulevée que résolue. M. de Ruolz, du reste, se borne, sans rien affirmer avec autorité, à appeler sur ce point l'attention des observateurs, à demander aux administrations publiques de la France et de l'étranger de se tenir prêtes à recueillir les documents qui décideront en dernier ressort cette importante question. Jusqu'ici, en effet, les observations de l'hygromètre ont été fort négligées en France et à l'étranger. M. de Ruolz pense donc qu'il conviendrait, au moment où la première épidémie pourra éclater dans un point quelconque de l'Europe, de prendre les mesures suivantes :

1° Inviter les physiciens à faire des observations hygrométriques nombreuses et suivies, et, dans les villes qui ne possèdent pas d'observatoires, faire appel pour cet objet au zèle de toutes les personnes qui par goût s'occupent de météorologie.

2° Inviter les médecins à remettre à leurs mairies une



liste hebdomadaire de tous les *cas nouveaux* qu'ils auront été appelés à traiter chaque jour de la semaine. En effet, et cette distinction nous paraît très-bien fondée, les relevés statistiques faits jusqu'à présent ne donnent les *cas nouveaux* par jour que pour les hôpitaux, et ne constatent à domicile que les décès; or, l'intensité de l'épidémie peut s'évaluer par les attaques, bien plus que par des décès qui résultent souvent d'attaques antérieures.

3° Enfin, en présence d'une coïncidence assurément bien singulière si elle est fortuite, il conviendrait encore, ne fût-ce qu'à titre d'expérience utile, d'user (une fois l'épidémie constatée) de tous les pouvoirs dont l'administration dispose pour charger de vapeur d'eau l'atmosphère des quartiers infectés :

En faisant couler constamment les bornes-fontaines ;

En procédant à un arrosement abondant de toutes les voies publiques, comme cela s'est pratiqué avec succès à Londres dans une des dernières épidémies ;

En faisant arroser d'eau, plusieurs fois par jour, les murs et les toits des habitations à l'aide de pompes à incendie ;

En invitant les habitants à produire une atmosphère humide dans l'intérieur des maisons, à l'aide de jets d'eau, d'arrosement des pièces dallées ou carrelées, d'ébullition d'eau dans les chaudières, etc., etc. ;

Enfin de faire appel, pour la production artificielle de l'humidité, au zèle et aux lumières des ingénieurs.

Maintenues dans ces sages limites, les idées de M. de Ruolz trouveront une approbation unanime, et c'est un devoir pour nous d'appeler sur elles, conformément aux vues de l'auteur, le contrôle de l'opinion publique et l'examen sérieux des hommes compétents.

Il est aussi de notre devoir d'ajouter que ces vues de M. de Ruolz ne sont pas, au fond, aussi nouvelles que l'auteur a pu le croire. La relation de l'apparition du choléra

avec la sécheresse de l'air avait déjà, mais sous une autre forme, occupé les académies et les savants. Un habile géologue, M. Nérée Boubée, publia, il y a environ une dizaine d'années, un travail qui fit une assez grande sensation, et dans lequel on mettait en évidence le rapport entre le développement du choléra et la nature géologique du sol, qui, perméable ou non aux eaux, avait pour effet de maintenir l'atmosphère dans un état de sécheresse ou d'humidité. Pour être formulée autrement et prise à un autre point de vue scientifique que ne l'a fait M. de Ruolz, l'opinion de M. Nérée Boubée était pourtant, au fond, identique à celle que M. de Ruolz met en avant.

Un médecin d'Auxerre, M. le docteur Moret, poursuivit l'idée émise par le géologue dont nous avons cité le nom. En 1851, ce médecin présenta à la *Société des sciences de l'Yonne* un remarquable travail sur le choléra de l'Yonne, en 1832 et 1849, dans ses rapports avec les divers terrains qui composent ce département. Les conclusions déduites par le docteur Moret de faits statistiques rigoureusement observés, tendaient à démontrer l'immunité pour l'apparition du choléra, des terrains à sol imperméable à l'eau ou marécageux, et au contraire, le développement du choléra dans les pays dont le sol était composé de couches calcaires très-perméables à l'eau, ce qui entretient nécessairement la sécheresse de l'air.

M. le docteur Moret ayant succombé lui-même dans l'épidémie de 1854, sa tâche, si douloureusement interrompue, fut reprise par M. le docteur E. Duché, qui, en 1858, publia dans le *Bulletin de la société de l'Yonne*, un travail ayant pour titre : *Recherches statistiques sur le choléra de l'Yonne, en 1854, dans ses rapports avec la nature géologique du sol*<sup>1</sup>. M. le docteur Duché développait dans ce travail

1. In-8°, Auxerre, 1258, extrait du *Bulletin de la Société des sciences historiques et naturelles de l'Yonne*.



la curieuse relation qui s'est plusieurs fois manifestée entre le développement du choléra et la nature des couches du sol qui les rend perméables à l'eau.

Nous n'examinerons pas davantage ici le travail du modeste et savant praticien de l'Yonne. Notre seul but était d'établir que les idées formulées par M. de Ruolz et que nous venons d'exposer, ne font pas pour la première fois leur apparition dans la science. C'est un motif de plus de les accueillir et de les examiner sérieusement quand une triste et peu désirable occasion se rencontrera.

## 6

Emploi du curare dans le traitement du tétanos : observations de M. Vella à Turin. — Observations recueillies en France.

M. Vella, chirurgien de Turin, a saisi l'Académie des sciences de la question de l'utilité du curare pour combattre le tétanos. Tout le monde sait que le tétanos est un accident terrible et presque constamment mortel, qui se manifeste chez les blessés : les divers muscles sont saisis, sans cause apparente, d'une contraction permanente qui détermine la mort par asphyxie quand cette contraction parvient aux muscles de la poitrine. On connaît, d'un autre côté, le curare, ce terrible poison en usage de temps immémorial parmi les peuplades sauvages de l'ancien monde. M. Vella, physiologiste et chirurgien de Turin, était instruit du mode d'action spécial du curare ; il savait que ce toxique agit directement sur le système nerveux, sur les nerfs moteurs, et détermine un relâchement absolu des contractions musculaires qui sont sous la dépendance de ces nerfs. L'emploi du curare était donc indiqué pour essayer de combattre les affections consistant dans une contraction anormale du système musculaire : tels sont le tétanos et l'empoisonnement par la noix vomique ou la strychnine.

L'occasion de faire cet essai s'est présentée au mois d'août 1859, dans l'hôpital militaire français de Turin, dans lequel M. Vella fut chargé de la première division des blessés, après la campagne d'Italie. Ayant eu à traiter dans son service plusieurs cas de tétanos qu'il avait inutilement combattus par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'opium, le chloroforme, l'éther, etc., M. Vella eut l'idée d'essayer le curare dans le traitement de cette affection redoutable.

Les premiers essais furent faits sur deux blessés en proie au tétanos, l'un depuis quatre, l'autre depuis cinq jours ; ils se trouvaient dans un état de demi-asphyxie, et, par conséquent, dans des conditions tout à fait désespérées. L'administration du curare produisit chez eux un calme et un relâchement musculaire très-appreciable ; cependant ils finirent par succomber. Mais, dans un troisième cas, la tentative fut couronnée d'un succès complet, et le malade entièrement guéri.

Cependant les expériences tentées en France, à la suite de la communication de l'observation de M. Vella à l'Académie des sciences de Paris, n'ont pas confirmé l'espoir qu'avaient fait naître les résultats obtenus par ce chirurgien. M. Manec, chirurgien de l'hôpital de la Charité, n'a observé aucune amélioration dans un cas de tétanos qu'il a traité par le curare. M. le docteur Follin, à Paris, M. le docteur Gintrac fils, à Bordeaux, ont également échoué dans les mêmes essais de traitement. Seul, M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a été plus heureux : il a pu guérir un tétanique par l'administration du curare ; encore l'observation de M. Chassaignac a-t-elle soulevé beaucoup d'objections de la part des chirurgiens ; plusieurs d'entre eux ont prétendu que, vu l'état de la plaie du malade, le curare n'avait pu être absorbé par les tissus et agir sur le sujet.

La question de l'efficacité du curare dans le traitement du tétanos est très-controversable et très-controversée,



car elle se complique d'éléments divers qui sont encore loin d'être éclaircis. On avait, par exemple, généralement admis jusqu'ici que le curare n'agit que par absorption sous-épidermique, et qu'il n'exerce aucun effet nuisible s'il est simplement introduit dans le tube intestinal. Cette particularité, qui semblait à l'abri de tous les doutes, car elle avait été confirmée par les expériences de beaucoup de physiologistes, est maintenant sérieusement contestée. On a rappelé les expériences anciennes du célèbre Fontana, qui a tant étudié les venins des animaux, et leur action sur l'économie. Ces expériences, que tout le monde paraît avoir ignorées, établissent, contrairement à ce qui a été professé dans ces derniers temps, que le curare administré par l'estomac, tue les animaux tout aussi bien que par l'absorption sous-épidermique. M. le docteur Follin a confirmé, par des expériences directes, l'ancienne assertion de Fontana. Ici donc, tout est en ce moment plein de vague et d'incertitude, et ce n'est pas sans motifs que physiologistes et chimistes s'occupent de soumettre à une étude expérimentale l'action que le curare peut exercer sur l'homme sain ou malade. Il est, on le voit, nécessaire, avant de se prononcer, d'attendre le résultat de ces nouvelles études.

## 7

Emploi de l'électricité comme agent d'anesthésie dans  
l'extraction des dents.

A la fin de l'année 1858 et dans les premiers mois de 1859, les dentistes de Paris, les chirurgiens et l'Académie de médecine elle-même, se sont occupés d'une question originale et neuve : l'emploi de l'électricité comme moyen d'abolir la douleur dans l'opération, si justement redoutée, de l'avulsion dentaire. Les résultats de cette tentative

n'ont pas en définitive répondu à l'attente générale, cependant nous ne pouvons nous dispenser dans cet ouvrage de donner un aperçu de ces faits.

Personne n'ignore que c'est à un dentiste américain, à William Morton, qu'appartient le mérite des premiers essais entrepris sur l'homme pour produire l'insensibilité par l'inspiration des vapeurs d'éther. C'est encore à un dentiste américain, à M. Francis, de Philadelphie, que revient l'idée de faire usage du courant électrique pour extraire les dents sans douleur pour l'opéré.

Voici comment M. Francis a procédé à l'application de ce moyen.

La source d'électricité employée par le dentiste américain, n'était point la pile de Volta, mais l'appareil électromagnétique, qui est si généralement en usage aujourd'hui dans la médecine électrique. Cet appareil, dont le type anciennement connu portait le nom de *machine de Clarke*, se compose d'un simple aimant qui, par sa rapide rotation autour d'une pièce de fer, développe dans ce métal un courant d'électricité, que l'on peut diriger ensuite à sa volonté au moyen d'un fil conducteur. C'est un moyen de produire l'électricité sans faire usage de la pile. L'électricité ainsi produite est de l'électricité dite d'*induction*. L'appareil électro-médical de Breton, l'appareil faradique de M. Duchenne de Boulogne, enfin l'appareil plus simple dont fait usage M. le docteur Briquet à l'hôpital de la Charité pour le traitement du rhumatisme, ne sont que des formes différentes de cette machine génératrice d'électricité. C'est donc l'ancienne machine de Clarke perfectionnée, dont M. Francis a fait usage pour produire le courant électrique.

Voici comment on procède pour pratiquer l'extraction d'une dent sous l'influence du courant électrique. L'une des extrémités du fil de cuivre représentant l'un des pôles de l'appareil, est attachée à la clé ou à la pince qui doit



servir à extraire la dent. La main de l'opérateur est garnie d'une étoffe de soie pour l'isoler et arrêter le passage du courant. L'extrémité de l'autre fil, qui représente le second pôle, est tenue dans la main du patient. Quand le dentiste vient à appliquer la clé ou la pince sur la dent à extraire, le courant électrique est établi : il parcourt tout le corps de l'individu, puisque l'un des pôles s'appuie sur sa dent et l'autre pôle dans sa main. Dès que le courant est établi, l'opérateur doit pratiquer l'extraction; car un courant prolongé serait douloureux et très-difficile à supporter par le patient. C'est pour cela, comme nous le dirons plus loin, que l'on a fait usage en Angleterre d'une pédale isolante qui n'est mise en action par le dentiste qu'au moment de l'opération, afin d'agir instantanément.

L'inventeur assurait que lorsque le courant électrique traverse de cette manière le corps de l'individu, l'appareil dentaire devient insensible à la douleur de l'extraction.

Telles sont les assertions que M. Francis mit en avant en 1858, devant ses confrères d'Amérique. Ce qui leur donna quelque importance, c'est que le *sous-comité des sciences et des arts*, qui est attaché à l'Institut de Pensylvanie, ayant répété les expériences de M. Francis, fit à cet égard un rapport favorable. Un grand nombre de dentistes et de médecins américains, entre autres MM. Wilkison, Howard Rand, F. Peale, Aitken Meigs, P. Williams, P. Preterre (de la Nouvelle-Orléans), E. Preterre et A. Preterre (de New-York), firent alors l'essai de ce moyen et en retirèrent quelques résultats avantageux.

Le 14 septembre 1858, un dentiste de Paris, M. Georges, écrivit à notre Académie de médecine pour lui faire connaître les faits dont il s'agit, et, dans la séance suivante, un autre dentiste de Paris, M. A. Preterre, écrivit de son côté à la même Académie pour proposer certaines modifications à l'instrument et au mode opératoire employés par les chirurgiens américains.

Mis en demeure de cette manière de s'occuper de cette nouvelle méthode, les chirurgiens de Paris en firent l'essai, et dans la séance du 12 octobre 1858, l'Académie de médecine reçut communication du résultat des expériences dues à MM. Robert, Velpeau, Follin, etc. Voici ce que l'on trouve consigné dans le bulletin des séances de cette Académie, à propos des expériences qui furent faites par M. Robert, dans son service de l'Hôtel-Dieu, avec l'aide et par les soins de M. le docteur Magitot, qui s'était chargé de faire fonctionner l'appareil électrique.

L'un des pôles du courant était placé dans la main du patient; l'autre était mis en contact avec l'instrument destiné à saisir la dent (la clef de Garangeot), dont le manche était entouré d'un tissu de soie, pour isoler la main de l'opérateur. Le courant électrique était fourni par l'appareil de M. Duchenne, de Boulogne.

Les deux premières épreuves furent complètement négatives; il y eut autant de douleur, sinon plus, que si l'on n'eût pas employé l'appareil électrique. Mais quatre furent favorables, car les malades n'accusèrent aucune sensation douloureuse. Enfin, deux autres expériences restèrent douteuses.

Ainsi, sur huit expériences tentées par M. Robert, à l'Hôtel-Dieu, quatre avaient été heureuses, deux contraires et deux douteuses.

M. Magitot fit ensuite, dans le service chirurgical de M. Nélaton, deux essais qui ont été rapportés de la manière suivante par un témoin oculaire, M. le professeur Moreau.

Le premier essai fut fait sur un interne de l'hôpital, qui ressentit de la douleur pendant l'opération; le second essai porta sur un homme qui s'était soumis déjà plusieurs fois à l'avulsion des dents. Ce dernier affirma qu'il existait une grande différence entre la douleur qu'il venait de ressentir et celle qu'il avait éprouvée antérieurement.



Tandis que notre Académie de médecine abandonnait l'examen de cette question, elle continuait d'être agitée à l'étranger. Le *Medical Times* du 16 octobre 1858 donna le détail d'une séance du *Collège des dentistes* de Londres, où elle fut sérieusement discutée.

L'*Athenæum anglais* a décrit en ces termes l'appareil qui fut mis en usage par les dentistes de Londres, et qui constitue un perfectionnement de l'appareil employé par M. Francis, à Philadelphie. Ce perfectionnement consiste dans l'emploi d'une pédale isolante placée sur le trajet du courant électrique, et qui, mise en rapport, à la volonté de l'opérateur, avec le fil conducteur, permet à celui-ci d'établir ou de suspendre instantanément le courant.

« Une des extrémités du fil de cuivre qui conduit le courant électrique est attachée, dit l'*Athenæum anglais*, à la clé ou à la pince du dentiste; la seconde extrémité est fixée à une poignée métallique que le patient tient dans sa main. En arrivant au contact de la dent, l'instrument ferme le circuit, et le courant passe instantanément. Le fil attaché à la clé doit être lié à une pédale faisant fonction d'interruption, de sorte que l'opérateur, par un simple mouvement de son pied droit, puisse établir ou interrompre le circuit. L'avantage de cette disposition est de permettre d'introduire et d'installer l'instrument dans la bouche sans courir le risque de déterminer un choc électrique par le contact des lèvres, des joues ou de la langue. Un trou percé à l'extrémité gauche de la clé, et dans lequel s'engage l'extrémité effilée du fil conducteur, permet de substituer très-rapidement une clé à l'autre quand il survient quelque accident. »

Le résultat de la séance tenue au *Collège des dentistes* fut très-défavorable à l'anesthésie galvanique. M. Mathews, président de cette réunion, n'hésita pas à conclure des expériences auxquelles il s'était livré, que le galvanisme avait modifié quelquefois la sensation produite par l'extraction des dents, mais que jamais la douleur n'avait été

abolie. Selon ce chirurgien, lorsque les parties molles qui entourent la dent sont enflammées et douloureuses, le galvanisme augmente les souffrances de l'opération. La conclusion générale fut que le galvanisme agit seulement en produisant une diversion à la douleur, mais non l'insensibilité.

L'opinion à laquelle on s'était arrêté en Angleterre, en 1858, dans cette réunion de dentistes, est aussi celle qui a bientôt prévalu en France. En 1859, plusieurs chirurgiens de Paris se sont appliqués à poursuivre les mêmes essais, qui se sont montrés généralement infructueux, en ce sens que la douleur provenant du passage du courant électrique, paraissait aux malades plus pénible, ou tout aussi pénible, que celle que provoque ordinairement l'avulsion dentaire. On ne peut guère citer que M. le docteur Morel-Lavallée, qui, ayant répété cette opération dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, assisté d'un dentiste de Paris, M. Bygrave, en ait obtenu quelques résultats favorables et n'ait pas hésité à le recommander. Cette opinion, toutefois, est restée sans écho, et l'emploi de l'électricité dans l'avulsion des dents est un moyen abandonné aujourd'hui.

## 8

## La maladie des roseaux.

La *maladie des roseaux* est un chapitre nouveau de l'histoire, trop longue, hélas! des maladies des ouvriers. L'auteur de ce chapitre nouveau à ajouter à l'ouvrage de Ramazzini sur les *Maladies des artisans*, est M. E. Maurin, interne des hôpitaux de Marseille, qui a consigné ses observations dans la *Revue thérapeutique du Midi*. La maladie décrite par M. E. Maurin est une *dermatose*, ou affection de la peau, qui atta-