

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES EN 1902 ET 1903

par le D^r Louis LAPEYRE,
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Tours.

I. Chirurgie proprement dite. Opérations sur les différentes régions.

Crâne et colonne vertébrale

TÊTE

8 Kystes sébacés. 8 Ablations. Cocaïne. 8 guérisons.
13 Mastoïdites. Trépanation de l'antre 13 } 13 guérisons.
Avec ouverture de la caisse 2. }
1 Fracture du pariétal avec enfoncement. Trépanation.
1 guérison.
Soit 22 opérations, 22 guérisons.

FACE

1 Epithélioma de l'aile du nez. Ablation et restauration.
1 guérison.
2 Epithéliomas de l'angle de l'œil. Ablation et restauration. 2 guérisons.
6 Cancroïdes de la face. Ablation. 6 guérisons (Cocaïne).
8 Cancroïdes de la lèvre inférieure. Ablation et curage ganglionnaire. 8 guérisons. 1 opération à la cocaïne.
2 Papillomes de la lèvre. Ablation. Cocaïne. 2 guérisons.
1 Kyste salivaire de la lèvre. Ablation. Cocaïne. 1 guérison.
1 Myxoépithéliome du nasopharynx. Ablation. 1 guérison (Récidive rapide).
2 Grenouillettes. Excision cocaïne. 2 guérisons.
1 Tumeur solide de la glande sublinguale. Ablation. 1 guérison.
3 Kystes dermoïdes de la queue du sourcil. Ablation. Cocaïne. 3 guérisons.
6 Périostites du maxillaire inférieur. Incision. Curettage.
1 fois ablation du sequestre par la bouche. 6 guérisons.
1 Luxation de la mâchoire inférieure. 1 réduction chloroformique.
2 cancers de la langue. Ablation. 2 guérisons, 2 récides rapides.
Soit 36 opérations. 36 guérisons.

COU

1 Adénophlegmon sous-maxillaire. Chloroforme. Incision. 1 guérison.
4 Lipomes. Ablation. Cocaïne. 4 guérisons.
3 Kystes sébacés. Ablation. Cocaïne. 3 guérisons.
1 Kyste dermoïde. Ablation. Cocaïne. 1 guérison.
1 Fistule bronchiale. Extirpation. 1 guérison.
1 Nœvus congénital. Extirpation. 1 guérison.
1 Actinomyose ganglionnaire. Curettage. 1 guérison.
1 Chéloïde. Extirpation. 1 guérison.
1 Epithélioma bronchial. 1 guérison. Pas de récidence.
2 Lymphosarcomes ganglionnaires. 2 opérations sur le même sujet en 4 mois. 2 guérisons opératoires. Récidive.
1 Torticolis congénital. Section chef sternal. 1 guérison.
Soit 17 opérations. 17 guérisons.

COLONNE VERTÉBRALE

1 Luxation de la colonne cervicale. Essai de réduction sous le chloroforme. Un échec.

1 Tuberculose des lames vertébrales avec abcès. Résection apophyse épineuse et lame. 1 guérison.

Soit 2 opérations. Pas de mort.

THORAX

Parois

1 Sarcome cutané. 1 ablation. 1 guérison.
2 Tuberculoses costales. 2 résections côtes. 2 guérisons.
1 Chéloïde dans une cicatrice d'ablation du sein. 1 guérison.

Mamelles

2 Mammites tuberc. 2 ablations. 2 guérisons.
3 Adénomes. 3 amputations cunéiformes. 3 guérisons.
15 cancers du sein. 15 extirpations avec curage de l'aisselle, ablation grand et petit pectoral. 15 guérisons.
1 Tumeur kystique du sein. 1 ablation. 1 guérison.
1 Récidive axillaire. 1 ablation. 1 guérison.

Plevres

6 Pleurésies purulentes. { 4 pleurotomies. 4 guérisons.
2 avec Estlander. 1 guérison.
1 mort.

Soit 32 opérations. 31 guérisons. 1 mort.

CAVITÉ ABDOMINALE

Parois

Hernies. 34 Cures radicales	{	Inguinales 25; 1 double.
		1 avec orchidopexie.
		Crurales 5
		Ombilicales 2
		Eventration 2

34 opérations. 34 guérisons.

18 Hernies étranglées	{ Kélotomie	Inguinales 10; 2 morts.
		Crurales 7; 2 morts.
		Ombilicales 1 guérison avec 1 fistule stercorale.
		Mort 2 mois après, de syncope cardiaque.

18 opérations. 4 morts.

1 Fistule après splénotomie. 2 opérations. 2 échecs opératoires.

Soit 54 opérations. 50 guérisons. 4 morts.

Péritoine

1 Péritonite généralisée de cause inconnue. 1 laparotomie. 1 mort.

1 Rupture intestin par coup de pied de cheval. 1 laparotomie. 1 mort.

4 péritonites tuberculeuses. 4 laparotomies. 3 guérisons. 1 mort.

Soit 6 opérations. 3 guérisons opératoires. 3 morts.

1 péritonite tuberculeuse est guérie. Une encore en évolution.

TUBE DIGESTIF

Intestin

- 4 Occlusions intestinales. } 2 laparotomies. 2 morts.
 } 2 anus iliaques. 2 guérisons.
- 1 Cancer de l'S iliaque. 1 laparotomie exploratrice.
 1 guérison opératoire.
- 2 Anus contre nature. } 1 entéroanastomose avec exclu-
 } sion. 1 guérison.
 } 1 entérorraphie. 1 guérison.
- 1 Fistule stercorale. 1 entérorraphie. 1 guérison.
- 45 Appendicites. } Opérées à chaud 16. 16 guérisons.
 } Opérées à froid 29. 29 guérisons.

Vésicule biliaire

- 1 Cholécystite calculuse. 1 cholécystostomie. 1 guérison.

RECTUM ET ANUS

- 1 Kyste dermoïde sacré. Ablation. 1 guérison.
- 1 Imperforation anale. 1 incision par la voie anale.
 1 guérison.
- 5 Fissures à l'anus. 5 dilatations. 5 guérisons.
- 15 Fistules à l'anus. } Incision et cu- }
 } rettage 10. } 15 guérisons.
 } Excision 5. }
- 12 Hémorroïdes. } Dilatation et ablation }
 } au thermo 8. } 12 guérisons.
 } Opération Witehead 4 }
- 2 Phlegmons de la fosse ischiorectale. 2 incisions. 2 gué-
 risons.
- 12 Epithéliomas } Anus iliaque seul 4.
 du } Ablation périnéale } 11 guérisons.
 rectum } seule 4. }
 } Ablation et anus com- }
 } biné 3. } 1 mort.
 } Récidive opérée 1. }
- 1 Prolapsus. 1 excision. 1 Guérison.
- 103 Opérations. 100 guérisons. 3 morts.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME. —

URINAIRES DE LA FEMME

ORGANES GÉNITAUX

- 6 Hématocèles. } 4 retournements de la vaginale. 4 gué-
 } risons.
 } 1 excision. 1 guérison.
 } 1 castration. 1 guérison.
- 12 Hydrocèles. 12 cures radicales. 12 guérisons.
- 13 Phimosis. 13 circoncisions. 13 guérisons.
- 2 Testicule tuberculeux. 2 épидидymectomies. 2 guéri-
 sons.
- 2 Tumeurs du testicule. 2 ablations. 2 guérisons.
- 1 Kyste cordon. 1 ablation. 1 guérison.

VOIES URINAIRES

Urèthre

- 3 Rétrécissements de l'urèthre. 3 uréthrotomies internes.
 2 guérisons. 1 mort.
- 2 Ruptures urèthre. 4 opérations. 4 guérisons.
- 1 Rétrécissement avec fistule. 1 uréthrotomie externe.
 1 guérison.
- 1 Cas végétations de la verge. 1 ablation. 1 guérison.
- 2 Epithéliomes de la verge. 2 ablations avec éradication
 totale. 2 guérisons.
- 1 Epithélioma du gland. 1 excision. 1 guérison.
- 3 Polypes. 3 ablations cocaïne. 3 guérisons.

VESSIE

- 1 Rupture de la vessie avec infiltration. 1 cystotomie.
 1 mort.
- 3 Calculs vésicaux. } 2 lithotrities. 2 guérisons.
 } 1 taille sus-pubienne. 1 guérison.

REIN

- 1 Néphroptose. 1 néphropexie. 1 guérison.
- 2 Phlegmons périnéphrétiques. 2 incisions. 2 guérisons.
- 3 Pyonéphroses. 3 néphrotomies. 1 néphrectomie secon-
 daire. 3 guérisons, 4 opérations.
- 1 Cancer du rein. 1 incision exploratrice. 1 guérison
 opératoire.

Total : 63 opérations. 61 guérisons. 2 morts.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Aisselle et épaule

- 4 Ganglions tuber- } 2 extirpations.
 culeux. } 2 extirpations par- } 4 guérisons
 } tielles et curettages. }
- 1 Lymphadénome. 1 extirpation. 1 guérison.
- 4 Lipomes. 4 ablations. Cocaïne. 4 guérisons.
- 2 Luxations irréductibles } 1 réduction sous le chloro-
 de l'épaule. } forme.
 } 1 résection, après échec de la
 } réduction. Guérison.

BRAS

- 1 Tumeur congénitale. 1 ablation. 1 guérison.
- 2 Lipomes. 2 ablations. Cocaïne. 2 guérisons.
- 3 Résections pour } 1 sans suture. 1 guérison.
 fracture } 2 avec suture. 2 guérisons avec
 esquilleuse. } pseudarthrose.
- 2 Ecrasements du bras. 2 amputations. 2 guérisons.

COUDE

- 2 Luxations irréductibles. } 2 résections. 2 guérisons.
 } 1 réductions sous le chloro-
 } forme.
- 1 Hygroma. 1 excision. Cocaïne. 1 guérison.
- 1 Tuberculose du coude. 1 arthrectomie. 1 guérison.
- 1 Névrome. 1 ablation. 1 guérison.

JAMBE

1 Pseudarthrose du radius. 1 suture osseuse. 1 guérison.
 2 Tuberculoses du { 1 amputation. { 2 guérisons.
 poignet. 1 arthrectomie. {
 2 Ligatures de la radiale. 2 guérisons
 1 Ecrasement de la main. 1 amputation du poignet.
 1 guérison.

MAIN

2 Rétractions cicatricielles (brûlures). } 1 section avec greffe de Thierset. } 2 guérisons.
 } 1 greffe italienne. }
 3 Kystes synoviaux. 3 excisions. 3 guérisons.
 2 Synovites tuberculeuses. 2 excisions. 2 guérisons.
 4 Sutures de tendons. 4 sutures. 4 guérisons.
 2 Corps étrangers. 2 balles. 2 extractions. 2 guérisons.
 2 Luxations artic. méta- } 1 Résection. } 2 guérisons.
 carphalangiennne. } 1 Arthrotomie. }
 1 Panaris avec nécrose 2^e phalange pouce. 1 amputation.
 1 guérison.
 1 Phlegmon diffus de la main et des bras. Incisions multiples. 1 guérison.
 1 Ostéite du métacarpien. 1 grattage. 1 guérison.
 1 Ecrasement de la main. Désarticulation de 2 métacarpiens. 1 mort de délirium tremens.
 2 Doigts surnuméraires. 2 ablations. 2 guérisons.

Total : 51 opérations. 50 guérisons. 1 mort.

MEMBRE INFÉRIEUR

Pli de l'aine et hanche

1 Ostéomyélite os iliaque. 1 incision. 1 mort.
1 Corps étranger (balle). 1 extraction. 1 guérison.
1 Sarcôme ganglionnaire. 1 ablation. 1 guérison.
1 Epithélioma et récidue. 2 ablations. 2 guérisons.
2 Luxations ganglionnaires de la hanche. 2 réductions
sous chloroforme. 2 guérisons.
1 Luxation congénitale. 1 réduction sous chloroforme.
3 Tuberculoses du grand trochanter. 3 évidements. 3 gué-
risons.

CUISSE

1 Hématome. 1 incision. 1 guérison.
1 Myome sous-cutané. 1 ablation. 1 guérison.
3 Ostéomyélites. 3 évidements osseux. 3 guérisons.
1 Ecrasement du membre. 1 amputation. 1 guérison.
2 Arthrites tuberculeuses du genou. 2 amputations.
2 guérisons.
1 Fracture du fémur. avec pseudarthrose consécutive.
1 suture osseuse, 1 échec. 1 amputation. 1 guérison.
1 Sarcôme de la cuisse. 1 ablation. 1 guérison.
2 Lipômes 2 ablations. 2 guérisons.

GENOU

3 Hygromas. 3 ablations. 3 guérisons.
2 Kystes du creux poplité. 2 ablations. 2 guérisons.
2 Hémarthroses. 2 arthrotomies. 2 guérisons.
2 Fractures de la rotule. 2 sutures osseuses. 2 guérisons.
1 Arthrite tuberculeuse. 1 résection. 1 guérison.

3 Ostéomyélites aiguës du tibia. 3 trépanations. 3 gué-
risons.

2 Ostéomyélites chroniques. 2 évidements. 2 guérisons.

1 Fracture de Dupuytren (cal vicieux). 1 ostéotomie. 1

guérison.

1 Tuberculose du cou-de-pied. 1 amputation. 1 guérison.

2 Ecrasements du membre. 2 amputations. 2 guérisons.

1 Gangrène du pied. 1 amputation. 1 guérison.

PIED

6 pieds-bots	$\left\{ \begin{array}{l} 4 \text{ tarsectomies complexes.} \\ 2 \text{ sections du tendon} \\ \text{d'Achille.} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} 6 \text{ guérisons.} \end{array} \right.$
--------------	---	---

1 Tuberculose du cou-de-pied. 1 arthrectomie. 1 guérison.

2 Tuberculoses du tarse. 2 évidements. 2 guérisons.

3 Hallux valgus. 3 résections cunéiformes. 3 guérisons.

2 Orteils en marteau. 2 résections. 2 guérisons.

2 Maux perforants. 2 élongations du nerf plant. interne.

1 état stationnaire. 1 guérison.

7 Ongles incarnés. 7 opérations de Quénu. 7 guérisons.

2 Exostoses sous-unguéales. 2 ablations. 2 guérisons.

2 Corps étrangers (aiguille). 2 ablations. 2 guérisons.

Soit 72 opérations. 71 guérisons. 1 mort.

II. — Gynécologie opératoire

OVAIRES

12 Kystes de l'ovaire. Ovariectomie. 12 guérisons (dont un kyste à pédicule tordu au cours de la grossesse.

1 Kyste parovarique. Ovariectomie. Guérison.

1 Fibrome de l'ovaire. Ovariectomie. Guérison.

4 Cystoépithéliomes de l'ovaire. 4 ovariectomies. 3 guérisons. 1 mort.

TROMPE

4 Ovarosalpingites catarrhales. 4 résections partielles.
4 guérisons.

12 Annexites suppurées.	{	5 unilatérales. 5 laparotomies.
		4 guérisons. 1 mort.
		5 doubles traitées par l'hystérectomie abdominale, 5 guérisons.
	{	2 doubles traitées par l'hystérectomie vaginale. 2 guérisons.

1 Grossesse tubaire. 1 laparotomie. 1 guérison.

2 Hématosalpinx. 2 laparotomies. 2 guérisons.

ORGANES PÉRI-UTÉRINS

2 Hématocèles rétro-utérines	{ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> 1 colpotomie post. 1 Hystérectomie va- ginale. </div>	2 guérisons.
------------------------------	--	--------------

3 Suppurations pelviennes. 3 colpotomies. 2 guérisons.
1 mort (un cas de tuberculose génitale).

1 Fibrome du ligament large. 1 laparotomie. 1 guérison.

UTÉRUS

A. Voie abdominale

17 Fibromes utérins. 17 hystérectomies subtotaux. 15 guérisons. 2 morts.

4 Cancers utérins. 4 hystérectomies totales. 2 guérisons. 2 morts.

B. Voie vaginale

20 Métrites. $\left\{ \begin{array}{l} 15 \text{ curettages simples.} \\ 5 \text{ avec amputation du} \\ \text{col.} \end{array} \right\} 20 \text{ guérisons.}$

8 Cas de rétention placentaire. 8 curettages. 8 guérisons.

6 Infections puerpérales. 6 curettages. 5 guérisons. 1 mort.

7 Polypes énucléés dans le vagin. 7 myomectomies. 7 guérisons.

5 Métrites et salpingites. 5 hystérectomies vaginales. 5 guérisons.

6 Fibromes de l'utérus. 6 hystérectomies vaginales. 5 guérisons. 1 mort.

8 Cancers de l'utérus. 8 hystérectomies vaginales. 8 guérisons.

9 Cancers inopérables. 9 curages palliatifs. 8 guérisons. 1 mort.

14 Prolapsus utérins. $\left\{ \begin{array}{l} 13 \text{ colporraphies antérieure et} \\ \text{postérieure, dont 3 avec am-} \\ \text{putation du col} \\ 1 \text{ hystéropexie abdominale.} \end{array} \right\}$

VAGIN

1 Fistule vésicovaginale. 2 interventions. 1 guérison.

4. Déchirures récentes du périnée. 4 guérisons.

VULVE

2 Epithéliomas de la vulve. 2 ablations. 2 guérisons.

4 Végétations de la vulve. 4 excisions. 4 guérisons.

Soit 158 opérations. 148 guérisons et 10 morts.

La statistique totale des opérations pratiquées par moi dans ces deux années tant en clientèle qu'à l'hôpital donne donc un chiffre de 627 opérations avec 25 morts, soit un peu moins de 4 0/0. Je dois dire de suite que j'ai retranché de cette statistique un certain nombre de petites interventions qui ne méritent guère le qualificatif d'opérations : Ponctions d'hydrocèle, de pleurésie, incisions de phlegmons, amygdalotomies, etc.

Ne sont pas comprises non plus un certain nombre d'opérations pratiquées dans mon service hospitalier, soit par mon suppléant, soit par mes internes.

J'ai cru pouvoir réunir dans la même statistique les années 1902 et 1903, n'ayant pas eu le loisir de publier à temps la statistique de 1902. Ces deux statistiques offraient entre elles du reste de grandes analogies tant au point de vue du chiffre total des opérations que de la mortalité globale.

Je retrouve à peu près chaque année ce même pourcentage général : 4 0/0 de mortalité.

Il ne faut pas s'étonner de cette constance, ce sont les opérations d'urgence qui contribuent surtout à donner ce chiffre, or leur nombre est sensiblement égal chaque année, et le chirurgien qui subit les conditions imposées par l'urgence ne peut presque rien sur cette mortalité.

Encore dois-je dire qu'un certain nombre d'interventions d'urgence à l'hôpital m'échappent pour revenir au chirurgien adjoint. Ma statistique en bénéficie dans une certaine mesure.

Ainsi que je l'ai déjà fait dans mes précédentes statistiques et comme le font la plupart des chirurgiens, j'examinerai à part les cas d'urgence et les interventions de choix. Il n'est, en effet, nulle comparaison possible entre ces deux groupes d'opérations, et ce ne sont pas seulement les résultats qui diffèrent.

Dans le 1^{er} cas le chirurgien, appelé souvent très tardivement, opère quand même par devoir, alors que tout espoir paraît à peu près perdu. L'intervention a souvent lieu à la campagne dans les conditions les plus défectueuses d'assistance, d'éclairage, d'asepsie et d'outillage.

Opérations d'urgence. — Dans ces deux années j'ai pratiqué 75 opérations pouvant être dites vraiment d'urgence ; j'ai eu 13 morts soit 16,25 0/0, proportion qui reste encore de 25 0/0.

Les 75 opérations que je fais figurer dans ce groupe comprennent :

1 trépanation immédiate pour fracture du crâne avec enfoncement ;

6 pleurotomies pour pleurésies purulentes ;

18 kélotomies pour hernies étranglées ;

2 laparotomies pour péritonite généralisée ;

4 interventions pour occlusion ;

16 incisions iliaques pour appendicite aiguë ;

1 opération pour imperforation du rectum ;

2 pour rupture de l'urèthre ;

1 pour rupture de la vessie ;

5 interventions pour suppuration rénale ou périrénale ;

7 pour ostéomyélites suppurées ;

6 amputations pour traumatismes (accidents de machines à battre, de chemins de fer, etc.).

Les 13 morts se décomposent ainsi :

Sur 6 pleurésies purulentes opérées, une a été suivie de mort dans les 48 heures ; il s'agissait d'une pleurésie à streptocoques chez un homme âgé, très affaibli ayant déjà subi la pleurotomie simple. La suppuration et l'état mauvais persistant, je fis à la campagne un Estlander ; 48 heures après le malade succombait ; l'intervention faite à la cocaïne avait été simple et rapide.

4 morts ont suivi la kélotomie, 2 hernies inguinales et 2 crurales.

Sur 18 opérations seulement, cette proportion est très mauvaise.

Elle s'explique du fait que nous sommes surtout appelés dans les mauvais cas, alors que le médecin n'ayant vu le malade que tardivement juge l'intervention très dangereuse. Trop souvent en effet, il existe déjà un sphacèle

complet de l'intestin avec perforation et formation d'un phlegmon stercoral que l'opération se borne à ouvrir. Une 5^e malade est morte à l'Hôpital de syncope cardiaque six semaines après une kélotomie pour hernie ombilicale. Elle présentait une fistule stercorale que je devais lui oblitérer le lendemain. La mort a été subite et ne peut être mise au passif de la kélotomie.

2 fois je suis intervenu dans des péritonites généralisées: une fois à Vendôme dans une péritonite dont la cause est restée absolument inconnue; une autre fois à la suite d'un coup de pied de cheval. La mort est survenue les deux fois dans les 12 heures qui ont suivi, ainsi qu'il était trop facile malheureusement de le prévoir.

Je ne suis intervenu que 4 fois pour occlusion.

2 laparotomies ont donné 2 morts. Il s'agissait dans un fait d'un cancer étendu du cœcum, dans l'autre d'un étranglement par bride; dans le 1^{er} cas, j'avais terminé l'intervention par l'établissement d'un anus contre nature sur le colon ascendant.

Tout alla bien pendant 6 jours, puis en 24 heures se fit une aggravation suivie de mort.

Dans le 2^e, l'étranglement fut levé, la malade succomba le 11^e jour à la péritonite développée sur l'anse étranglée.

L'intervention faite un peu plus tôt (elle l'avait été seulement le 3^e jour) aurait certainement sauvé la malade qui a été très près de guérir.

Une cystostomie pour rupture de la vessie avec infiltrations d'urine dans la cavité de Retzius a été suivie de mort 24 heures après.

Sur 7 ostéomyélites aiguës opérées, j'ai eu une mort dans les conditions suivantes:

Il s'agissait d'un enfant d'une douzaine d'années pris brusquement d'accidents typhoïdes.

Au bout de 48 heures, le médecin appelé, constatant un peu de tuméfaction à la partie supérieure de la cuisse droite, porte le diagnostic d'ostéomyélite du fémur et fait transférer d'urgence à l'hôpital l'enfant plongé dans une stupeur profonde avec 41^e de température.

En examinant à mon tour cet enfant, je trouve une collection iliaque et porte le diagnostic de ostéomyélite iliaque.

L'incision donne issue à une grande quantité de pus collecté entre l'os et le muscle iliaque.

Mort 24 heures après.

L'autopsie démontre une ostéomyélite de l'os iliaque droit avec iliacis consécutif. Le muscle psoas était resté sain.

L'intervention était impuissante à enrayer l'infection généralisée dans laquelle le foyer iliaque passait au 2^e plan.

Les 6 amputations de membres pour traumatisme ont donné seulement une mort; encore cette mort est-elle survenue à l'occasion d'un traumatisme relativement léger: désarticulation de deux métacarpiens, et du fait d'accidents de delirium tremens. L'alcoolisme a été la cause véritable de la mort.

J'ai eu 6 fois à pratiquer le curettage dans l'infection puerpérale avec seulement une mort survenue au bout de 3 semaines.

J'ai reçu dans mon service d'hôpital quelques infectées déjà curettées d'urgence; deux sont mortes en dépit des soins donnés.

A l'hôpital les cas les moins graves m'arrivent seuls sans traitement préalable, et ma statistique se trouve ainsi allégée. Nos confrères, il faut le dire, interviennent ou font intervenir aussi rapidement qu'il leur est possible, et ces infections puerpérales survenues en dehors d'eux le plus souvent guérissent fréquemment grâce à leur rapide décision.

Après avoir énuméré ces 13 morts, j'éprouve quelque plaisir à relever que 16 opérations d'appendicite faites à chaud n'ont donné lieu à aucune mort. Voici déjà plusieurs années que je n'ai à déplorer aucune mort dans l'appendicite, soit en intervenant, soit en attendant et laissant refroidir.

J'ai attendu dans des formes graves et ai obtenu la guérison; je suis intervenu aussi précocement six fois dans ces deux dernières années en raison d'un ensemble de symptômes qui me paraissaient alarmants.

Les dix autres fois je suis intervenu pour ouvrir des collections enkystées après le 5^e jour.

Plusieurs fois une aggravation nouvelle des symptômes, parfois des irrégularités brusquement constatées au poulx avec un calme des autres phénomènes, m'ont décidé à ne pas prolonger l'abstention et à opérer pour ouvrir une très petite collection dont, dans d'autres cas, j'attends la lente résorption.

Opérations de choix. — J'ai pratiqué en 1902 et 1903 632 interventions de choix avec 12 morts, soit 2,17 0/0. Que sont ces 12 morts.

Un décès a suivi une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, trois semaines après.

Une ablation périnéale du rectum pour cancer remontant à 17 centimètres environ a été suivie de mort rapide par septicémie. C'est du reste la seule mort que j'ai eu à déplorer dans l'extirpation du rectum cancéreux qui m'a donné quelques résultats éloignés excellents.

Une uréthrotomie interne chez un homme de 40 ans atteint d'infection urinaire et de rétrécissements multiples a provoqué un accès de fièvre urineuse; mort dans l'après-midi même de l'opération.

Pour connus qu'ils soient, ces accidents à la suite d'une intervention aussi insignifiante que l'uréthrotomie interne n'en sont pas moins pénibles.

Enfin la gynécologie opératoire a donné 9 morts.

De ces 9 morts, 3 ne peuvent être mises au passif de l'acte opératoire, et sont du reste survenues dans des interventions peu importantes.

L'une en effet est survenue dans une tuberculose généralisée accompagnée de tuberculose génitale avec suppuration pelvienne. J'avais cru devoir soulager la pauvre femme en vidant la collection par une colpotomie. 25 jours après la malade succombait.

Une autre est survenue dans un cancer de l'utérus inopérable et saignant, j'avais fait seulement un curage palliatif des hémorragies.

Il existait un léger degré de phlébite d'un des membres inférieurs, quinze jours après à l'occasion d'un mouvement brusque dans son lit, la malade succombait brusquement à une embolie massive.

La 3^e mort est celle d'une femme de 44 ans, atteinte d'un petit fibrome utérin qui provoquait des hémorragies terribles. Chez cette femme atteinte d'une insuffisance

métrale et soignée pour ses accidents cardiaques depuis longtemps, l'opération ne fut résolue qu'en raison de la répétition terrible des hémorragies et de l'état lamentable auquel elle se trouvait réduite. Je fis exprès une hystérectomie vaginale pour diminuer les chances d'accidents. L'opération fut très simple, les suites immédiates bonnes. Mais au 6^e jour, des accidents de congestion pulmonaire se déclaraient, et la malade succombait le 9^e jour, son cœur se trouvant impuissant à lutter.

Restent donc 6 morts directement imputables à l'opération et embrassant un chiffre total de 149 opérations, soit une mortalité globale de 4 0/0.

Si je mets à part les interventions sur le péritoine, je trouve que ces 6 morts répondent à 82 cœliotomies tant abdominales que vaginales, soit 7,3 0/0.

Ce chiffre de 7,3 de mortalité relativement élevé est dû pour la plus grosse part aux interventions pour cancer de l'ovaire et de l'utérus.

Nous trouvons en effet que 4 cystoépithéliomes de l'ovaire ont donné une mort et que 12 cancers de l'utérus ont donné 2 morts, soit 3 morts sur 16 opérations : 20 0/0 environ.

4 cancers de l'utérus traités par l'hystérectomie abdominale totale donnent 2 morts, soit 50 0/0.

Dès lors, 66 cœliotomies pour affections non cancéreuses de l'utérus et des annexes donnent 3 morts, soit 4,5 0/0, proportion fort acceptable.

15 tumeurs ovariennes ou parovariennes, kystes et fibromes, n'ont donné lieu à aucune mort.

26 lésions annexielles : salpingites simples et périmétrites, annexites suppurées, hématosalpinx, hématoécèle, grossesse tubaire n'ont donné qu'une mort survenue dans un pyosalpinx unilatéral grave. Une portion d'intestin adhérent avait été déchiré et des lambeaux de poches avaient dû être abandonnés au fond du petit bassin.

23 fibromes utérins ont donné deux morts, soit 8,6 0/0, si l'on fait abstraction de la mort chez une cardiaque que j'ai signalée. Je noterai que cette mort qui ne relève qu'indirectement de l'opération est la seule qui soit survenue entre mes mains dans l'hystérectomie vaginale.

17 hystérectomies abdominales pour fibrome ont donné 2 morts, soit 11,7 0/0.

De ces deux morts l'une est particulièrement regrettable, car il ne s'agissait pas même d'une hystérectomie abdominale, mais de l'ablation très simple d'un fibrome pédiculé.

La malade a succombé le 7^e jour avec des phénomènes de pseudoocclusion ou plutôt de paralysie stomacale ainsi que l'a décrite le Dr Reynier au dernier Congrès de chirurgie. Quoiqu'il m'en coûte de l'avouer, j'attribue ces accidents à des phénomènes d'infection atténuée, insuffisants pour donner une péritonite vraie, suffisants pour paralyser l'estomac et le tube digestif.

Dans l'autre cas il s'agissait d'une femme très affaiblie, très épuisée par des hémorragies, qui ne s'est pas relevée du choc opératoire et a succombé au bout de 30 heures.

La chirurgie du fibrome reste encore sérieuse du fait même de l'état souvent grave des malades qui nous sont amenées épuisées par les hémorragies ou atteintes d'altérations rénales et cardiaques.

Dans des conditions plus normales elle est devenue une excellente opération et l'hystérectomie abdominale subtotale se montre à peine plus grave que l'hystérectomie vaginale réservée aux cas les plus simples.

Je pratique toujours l'hystérectomie supravaginale, plus rapide, plus facile, ne donnant aucun ennui d'hémostase et n'ouvrant pas le vagin.

Comme l'unanimité des membres de la Société de chirurgie, l'argumentation de Richelot, en faveur de l'hystérectomie totale basée sur la possibilité de développement du cancer dans le moignon cervical laissé en place, ne me convainc pas.

Certes, en cas de doute, je fais l'hystérectomie totale, mais au cas de fibrome je préfère de beaucoup ne pas ouvrir le vagin. Traiter le péril vaginal de vieille rengaine, cela est facile et il est vrai du reste que l'ouverture du vagin comporte moins de dangers qu'il ne semblerait logique de le supposer, mais il n'empêche que la préparation du vagin dans l'éventualité de son ouverture n'est pas sans ennuyer le chirurgien, et lui inspirer toujours quelques doutes. Et puis perdre 20 minutes à faire l'hémostase des branches inférieures de l'utérine comme cela est arrivé aux plus habiles, n'est pas sans désagrément ni inconvénient. Aussi M. Richelot lui-même, tout en se déclarant partisan de la totale, déclare-t-il que son opération totale laisse adhérente aux lambeaux vaginaux la portion externe et inférieure du col. Et sa totale n'est guère qu'une subtotale intravaginale au lieu d'être supravaginale.

Certes, il peut arriver de prendre un cancer du corps pour un fibrome, mais on s'en aperçoit en faisant la coupe du col et il est loisible d'enlever alors le tout.

Nous tous chirurgiens en France avons commencé par faire l'hystérectomie totale pour arriver presque tous et chacun de notre côté à l'hystérectomie subtotale.

Nous avons donc presque tous reconnu les avantages de l'ablation supravaginale et les constatons à nouveau encore toutes les fois que pour cancer nous faisons une totale.

Pour que nous revenions à l'opération totale il faudrait que la transformation de l'utérus fibromateux en utérus cancéreux nous soit démontrée fréquente.

Il faudrait surtout qu'il nous soit démontré que, après l'ablation du fibrome, ce morceau de col dont la muqueuse a été détruite au thermocautère a tendance à faire du cancer.

Il paraît probable, en effet, que dans les observations signalées il y a eu souvent non pas développement mais simplement continuation de lésions épithéliales déjà existantes.

Jusqu'à plus ample informé donc, l'hystérectomie subtotale moins grave puisque moins difficile, puisque exposant moins à l'infection, restera pour moi l'opération de choix dans le fibrome.

Je continue à pratiquer un certain nombre d'hystérectomies vaginales comme le démontre cette statistique.

J'estime, en effet, que limitée à ses vraies indications l'hystérectomie vaginale est une opération absolument bénigne dont la mortalité doit être nulle. L'hystérectomie abdominale, en dépit de tous les perfectionnements de la chirurgie, comporte encore au contraire une certaine mortalité.

Je pratique donc encore l'hystérectomie vaginale :

1° Dans les fibromes très petits, on envoie dans les utérus fibromateux peu augmentés de volume mais donnant des hémorragies ;

2° Dans les utérus atteints de métrite chronique ou suspecte avec complications ovariennes bilatérales chez des femmes d'un certain âge ;

3° Dans les suppurations pelviennes aiguës ou exceptionnellement graves dans lesquelles l'ablation des poches par l'abdomen serait très difficile et très grave. En faisant « sauter la bonde » suivant l'expression de Péan, on draine ces collections et on guérit des femmes presque condamnées ;

4° Dans des cancers très limités du col ou du corps. J'avoue cependant qu'à l'heure actuelle j'ai abandonné presque complètement la vaginale dans le cancer.

La véritable formule de l'intervention étant la suivante : « N'intervenir que dans les cas très limités. Intervenir le plus largement possible dans le cas le plus limité. » L'hystérectomie abdominale doit être supérieure à l'hystérectomie vaginale au point de vue des résultats éloignés.

Or, ces résultats éloignés, pour généralement mauvais qu'ils soient, n'en sont pas moins parfois très surprenants.

J'ai actuellement deux cancers du corps utérin (ce sont les moins graves à mon avis) opérés par l'hystérectomie vaginale depuis plus de cinq ans et non récidivés.

J'ai une femme opérée depuis 16 mois par l'hystérectomie abdominale et non récidivée.

En enlevant largement tout le paramètre dès le début du cancer par l'hystérectomie abdominale, il doit être possible de sauver un certain nombre de femmes. C'est au médecin de décider de suite sans perte de temps les malheureuses qui le consultent de bonne heure — par hasard.

Il ne s'agit pas, je crois, d'enlever à la façon de Jonnesco les ganglions lombaires, mais surtout les ligaments larges au ras du pelvis, et au besoin quelques ganglions pelviens.

Une mortalité opératoire même un peu élevée ne doit pas faire reculer en matière de cancer. Les conséquences fatales de l'affection livrée à elle-même rendent très secondaire la gravité immédiate de l'intervention.

Si j'abandonne la gynécologie opératoire pour me reporter à la chirurgie générale, je constate tout d'abord que dans ces deux dernières années, je n'ai pour ainsi dire pas eu à intervenir sur l'estomac. Cela tient, je pense, au scepticisme que nombre de médecins professent encore vis-à-vis de la chirurgie du tube digestif. Cette chirurgie a cependant fait de grands progrès et donne aujourd'hui de beaux succès. Dans ce mois de janvier même, je viens d'obtenir une très belle guérison dans un cas d'ulcère simple de l'estomac.

J'espère que nos confrères nous donneront désormais plus fréquemment l'occasion d'aborder la chirurgie stomacale.

Je passe sous silence ici quelques cas d'intervention pour anus contre nature, dont j'aurai l'occasion de parler ailleurs pour signaler au passage l'excellence des opérations orthopédiques. Ces interventions : Ostéotomies, Ténotomies, Tarsectomies pour pieds-bots, Résections pour ankylose et luxation donnent une mortalité nulle avec des résultats fonctionnels excellents. Elles constituent l'une des branches de la chirurgie la plus féconde, et la plus sûre.

Les amputations pour traumatismes ont été peu nombreuses dans ma statistique, eu égard au nombre de cas traités et de la gravité des accidents (accidents de chemin de fer particulièrement).

La conservation réussit en effet dans les limites les plus imprévues.

Deux fois dans des fractures esquilleuses compliquées de l'humérus par écrasement (une fois avec écrasement d'un autre membre), la suture osseuse a permis la conservation du membre supérieur, mais la consolidation n'a pu être obtenue et une pseudarthrose a persisté.

Une autre fois, la résection immédiate avec rapprochement des fragments sans suture osseuse, sans agrafes dans un cas de broiement par arme à feu avec introduction de corps étrangers (bouffe, grains de plomb, etc.), a abouti malgré une suppuration prolongée à une réparation parfaite.

Enfin j'ai dû faire une fois l'amputation pour une fracture du fémur au 1/4 inférieur, qui sans raison connue malgré une suture faite secondairement n'a pu se consolider. C'est là un de ces cas inexplicables, heureusement exceptionnels, contre lesquels tous les traitements ne peuvent rien. Ici, d'accord avec plusieurs confrères, tout avait été tenté avant d'en arriver à la terminaison déplorable, l'amputation.

Un mot pour terminer des procédés d'anesthésie employés.

J'ai jusqu'ici un peu tenté de tous les anesthésiques généraux : éther, chloroforme, bromure et chlorure d'éthyle seul ou combiné au chloroforme.

J'ai aussi employé la cocaïne en injections lombaires.

Ces deux dernières années je m'en suis tenu localement à la cocaïne en injections hypodermiques à 1 0/0.

Comme anesthésiques généraux, j'ai employé à l'hôpital le kélène suivi du chloroforme, et en clientèle le chloroforme seul.

Je ne puis dire si l'emploi du kélène a de bien réels avantages ; je n'ai en tous cas eu avec lui aucune alerte et ai par contre obtenu un gain de temps parfois précieux.

J'ai abandonné la cocaïnisation lombaire à la suite des deux morts survenues à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Legueu. Il semble du reste que la méthode, au lieu de tendre à se généraliser, a plutôt perdu du terrain. L'essai était pourtant intéressant, et nous y reviendrons peut-être.

UN CAS D'ANIRIDIE CONGÉNITALE AVEC SUBLUXATION DES CRISTALLINS ;

Par le Dr MOISSONNIER,
Oculiste de l'Hôpital de Tours.

Les cas d'aniridie congénitale totale sont assez rares. J'ai eu l'occasion d'en publier trois dans le numéro d'octobre des *Archives d'Ophthalmologie* (1) ; le hasard me favorise et m'en fait rencontrer un nouveau dont voici l'observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, originaire de l'Indre, incorporé comme militaire dans un régiment de notre ville, que sa très mauvaise vision vient de faire réformer dès son entrée à la caserne.

On est frappé de suite par son regard spécial ; ses yeux sont en strabisme divergent et remontent vers les sourcils quand il veut fixer devant lui.

(1) Voir aussi : *Gaz. Méd. du Centre*.

Les pupilles sont démesurément grandes et semblent occuper toute la surface de la cornée qui est noire.

Ajoutez à cela un nystagmus latéral qui secoue les yeux continuellement ; aussi on se demande comment il a pu échapper au conseil de revision ?

En l'examinant à l'ophtalmoscope, on constate que la lueur pupillaire éclaire la cornée en totalité. Il n'y a aucune trace d'iris des deux côtés.

De plus, à l'œil droit, le disque lumineux est partagé en deux secteurs : l'un inférieur plus net, l'autre supérieur plus nuageux, séparés l'un de l'autre par une ligne courbe noire, qui n'est autre que le bord inférieur du cristallin, remonté en haut et subluxé en arrière, comme dans un des cas que j'ai rapportés. Dans certains mouvements d'élévation de l'œil le bord inférieur du cristallin occupe presque le centre de la cornée.

Mais il n'y a ni hypertension, ni phénomènes glaucomateux, qui pourront survenir dans un avenir plus ou moins rapproché ; aussi ai-je conseillé au patient de laisser faire l'extraction du cristallin, sa vision ne pouvant qu'y gagner.

Du côté gauche, au premier abord, le cristallin paraît en place. Mais dès que le patient regarde en haut, celui-ci remonte légèrement et bascule en arrière. Il y a donc un début de subluxation.

Et cette subluxation se fait toujours en haut où les fibres du ligament supérieur sont plus courtes.

Les cristallins sont le siège de quelques fines opacités discrètes. Dans le vitré, on remarque quelques corps flottants. La rétine est normale ; les papilles optiques sont nettement délimitées, mais un peu plus pâles que normalement.

La vision est mauvaise surtout à droite, à cause de la subluxation du cristallin ; le patient se conduirait à peine avec cet œil. L'autre œil avec un verre de 3 dioptries ne peut lire la première ligne du tableau métrique de Wecker qu'à 2 mètres.

Les procès ciliaires sont restés pour moi invisibles, comme dans les autres cas, malgré toute mon application et malgré le procédé de la *pression digitale sur la région ciliaire*, préconisé par le docteur Trantas, de Constantinople, dans les *Archives d'ophtalmologie* 1903, page 315.

« Pendant, dit-il, qu'on examine à l'ophtalmoscope les parties les plus périphériques du fond de l'œil, on comprime par le doigt la région ciliaire, directement sur le point qu'on veut éclairer.

« En ce point les procès ciliaires proéminent fortement vers l'intérieur de l'œil : ils reçoivent les rayons lumineux de l'ophtalmoscope et apparaissent à l'observateur sous l'aspect d'une couronne de dents noires. »

J'avoue que c'est en vain que j'ai cherché à voir ces crêtes noires des procès ciliaires !

Je n'ai retrouvé dans sa famille aucune trace de malformations oculaires qui se seraient transmises par hérédité. Le père, le frère, la sœur, ont, paraît-il, de bons yeux. La mère voyait bien étant plus jeune, mais depuis une affection oculaire acquise, sa vue est devenue mauvaise.

Il est donc le seul de sa famille frappé d'infirmités oculaires congénitales.

D'ailleurs, le sort lui a été bien contraire, car outre ses yeux, tout son physique laisse beaucoup à désirer. C'est un pauvre dégénéré, petit, mal développé, dont la taille n'atteint que 1 mètre 50.

LES IDÉES SUR LES MALADIES INFECTIEUSES, LA SPÉCIFICITÉ ET L'IMMUNITÉ NATURELLE OU ACQUISE, AU DÉBUT DU XIX^e SIÈCLE.

(Saitz)

Cinquième Question.

Pourquoi la petite vérole est-elle toujours si terrible chez les peuples où elle pénètre pour la première fois ? n'a-t-elle pas perdu de sa virulence ?

Si l'on consulte l'histoire de la petite vérole, on verra que toutes les fois qu'elle a porté ses premiers pas chez un peuple, elle y a produit les ravages les plus inouis. En 1733, elle pénétra dans le Groenland, où elle fut si terrible, que les habitants furent obligés d'abandonner la mer et de fuir ceux qui en étoient attaqués. Elle se répandit à-peu-près dans le même temps en Islande, où elle causa également une grande mortalité.

Quoique la petite vérole soit souvent une maladie des plus graves chez nous, il semble cependant qu'elle ne paraisse pas généralement avec la même violence qu'autrefois ; et si ce phénomène étoit constant, on pourroit en donner plusieurs raisons. 1^o. Toutes choses égales, la petite vérole est moins dangereuse chez les enfants que chez les adultes, ce qui tient à leur tempérament et aux qualités de la peau. Ainsi, la petite vérole attaquant le plus généralement les hommes dans leur enfance, doit être moins meurtrière chez nous, que chez un peuple nouveau, où elle trouve indistinctement des individus de tous les sexes et de tous les âges.

2^o. Le climat et le genre de vie doivent y influencer beaucoup ; mais la petite vérole est aussi terrible dans le Nord, quand elle n'y pénètre que sous la ligne. Chez les Hottentots, elle fut extrêmement meurtrière, la première fois qu'elle y fut portée. La différence dans le genre de vie paroît avoir beaucoup moins influé que l'état de la peau, chez tous ces peuples si éloignés les uns des autres.

3^o. Chez tous les peuples modernes civilisés, en France, par exemple, on peut supposer que les végétaux, dont nous faisons un plus grand usage que nos pères, ainsi que la propreté, etc. ont concouru à modérer cette maladie, ainsi qu'à éloigner beaucoup d'autres maladies épidémiques, qui paraissent avoir été autrefois plus fréquentes que de nos jours.

4^o. La médecine ayant fait, avec le temps, de grands progrès dans la connaissance et le traitement de cette maladie, il est incontestable qu'on conserve à la vie un plus grand nombre de varioleux, que dans les premiers temps où l'on connut la petite vérole.

5^o. L'inoculation de cette maladie la rend réellement plus douce et prévient de grands accidents ; mais on ne sauroit affirmer que la petite vérole contagieuse qui provient de celle qui a été inoculée, ne soit tout aussi dangereuse. D'ailleurs, si l'on considère que le procédé de l'inoculation, quoique très ancien, n'est pas encore généralement introduit, même en France, on concevra que ce n'est pas là la raison de la moins grande virulence de ce fléau.

6^o. Enfin, je hasarderai une dernière explication de ce phénomène, peut-être aussi réelle que les précédentes,

puisque la petite vérole imprime un sceau indélébile à celui qui l'a éprouvée une fois, et l'en garantit pour l'avenir, ne seroit-il pas possible que ce nouvel état se propageât de père en fils, et en se confirmant, de manière à finir un jour, sans doute très-éloigné, par rendre l'espèce humaine insensible au virus de la petite vérole. On ne peut en effet, douter de la différence extrême qui se trouve entre deux personnes dont l'une a eu cette maladie, et l'autre ne l'a pas encore éprouvée. La première peut braver avec assurance et impunité, les épidémies varioleuses les plus terribles, fréquenter les varioleux, les servir; elle n'a rien à redouter de la contagion que répandent l'haleine, les linges, et tous les effets à l'usage de ces malades; en un mot, elle est réellement invulnérable au milieu des dangers de ce genre, dangers plus certains et plus inévitables que ceux d'un combat, pour celui qui n'a pas eu la petite vérole.

Il est donc indispensable que l'organisation physique du premier porte une empreinte, une modification essentielle et inhérente à sa nature présente, qui le distingue parfaitement de l'autre. Ce n'est donc pas une conjecture dépourvue de vraisemblance et d'analogie, de croire qu'il est probable que cet état, qui le rend insensible à la contagion, puisse se communiquer en partie à l'enfant qui en naîtra, et que celui-ci rendra le même service à la génération future.

Nous avons vu que la Vaccine et la petite vérole locale avoient bien le pouvoir de rendre la constitution plus ou moins insensible à l'influence du virus varioleux; pourquoi n'admettroit-on pas la possibilité que l'état présent du père ne modifiât jusqu'à un certain point, et de la même manière, la constitution du fils? Pourquoi les enfants des étrangers périssent-ils tôt ou tard en Egypte? Si ce n'est parce que le père n'étant pas encore accoutumé au climat, y procure des enfants qui participent de cet état, au lieu que les enfants des naturels du pays, apportent en naissant la constitution de leurs pères, qui les rend insensibles à l'action du climat. On citeroit beaucoup d'exemples de ce genre, qui tous prouveraient que les enfants participent beaucoup des qualités de leurs pères et mères, et nul doute que celui qui a éprouvé la petite vérole, ne porte dans sa constitution une empreinte déterminée et indélébile, qui, pour ne point tomber sous les sens, n'en est pas moins réelle.

Les anciens Grecs et Latins, ont-ils connu la petite vérole?

On a beaucoup agité la question; savoir, si les anciens ont connu la petite vérole? La solution de ce problème exige moins d'érudition, si je ne me trompe, qu'on ne le croit généralement. En effet, si nous réfléchissons que la petite vérole est une maladie spécifique, que chaque individu ne l'éprouve qu'une fois, qu'elle a en général une marche régulière et uniforme dans son développement et ses apparences; enfin, qu'il n'est que trop certain que, dès qu'elle a pénétré chez une nation civilisée ou peuleuse, elle s'y propage d'elle-même, souvent d'une manière aussi terrible que la peste, et par la contagion. On sentira que cette maladie n'a pu exister autrefois, en Grèce et en Italie, comme elle existe aujourd'hui, sans avoir été parfaitement remarquée et décrite. On conçoit qu'une maladie passagère ou rare, puisse échapper à la connoissance

et à la pratique du meilleur observateur; mais ceux qui pèseront les raisons que je viens d'énumérer, ne comprendront jamais que la petite vérole ait existé du temps d'Hippocrate ou de Galien, et que ces deux grands historiens de la médecine-pratique n'en aient pas parlé d'une manière positive. Quelques passages vagues et indéterminés, qui offrent la description d'une espèce d'éruption, ne peuvent suffire pour établir que les anciens ont connu la petite vérole. Suivant nous, et d'après ce que nous venons d'exposer, discuter si cette maladie a existé ou non chez les anciens, c'est prouver la négative. D'ailleurs, la petite vérole, ainsi que la peste, etc., et beaucoup d'autres fléaux remarquables, est une maladie qui ne devoit pas même échapper aux historiens d'une nation instruite. Les atteintes cruelles qu'elle porte non-seulement à la vie, mais encore à la beauté, eussent fixé l'attention des écrivains les plus indifférens; je dirai même que la poésie en eût enrichi ses tableaux, et que les poètes, qui sont les plus grands peintres de la nature, n'eussent point négligé cette circonstance.

Tout semble prouver que la petite vérole nous est venue d'Egypte, ou de quelque partie voisine de son territoire. Cependant, nous sommes autorisés à avancer que cette maladie n'existoit en Egypte ni aux Indes, lorsqu'Alexandre y pénétra. Si nous passons aux Romains, ces rivaux et ces destructeurs de Carthage, nous reconnaitrons également que cette maladie n'étoit pas connue sur les bords du Nil, et en Afrique, à l'époque où ils détruisirent la république de Carthage. On sait qu'enfin, l'Egypte passa sous leur joug, comme elle étoit passée sous celui d'Alexandre; et parmi ce peuple, qui compte de si bons historiens, on n'en peut citer aucun qui ait fait mention de la petite vérole à cette époque.

Le siècle dernier a été témoin sur sa fin, d'une nouvelle conquête de l'Egypte par un autre Alexandre; il a couvert cette contrée de soldats et de savans, aux recherches desquels rien n'a pu échapper. Qui peut douter, d'après cet exemple, que le fondateur d'Alexandrie, l'élève d'Aristote, que l'histoire place au rang des conquérans les plus instruits, n'ait parcouru sa conquête, avec des yeux aussi avides; si ce funeste fléau eût été connu en Egypte, à cette époque, il eût fait de grands ravages dans son armée, et les historiens n'auroient pu garder le silence sur une circonstance aussi importante.

Quoique la plupart des idées que nous venons d'exposer ne soient que purement théoriques, nous craignons d'autant moins de les mettre en avant, qu'elles peuvent servir à jeter quelque jour sur l'inoculation de la petite vérole et de la Vaccine, ainsi que sur la manière d'être des maladies spécifiques contagieuses, et qu'elles ne doivent être d'aucune conséquence fâcheuse dans la pratique.

(A suivre).

ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE

L'ABBÉ BOURGEOIS

Un des fondateurs de l'Archéologie préhistorique

SON ŒUVRE

Par le Dr François HOUSSAY (de Pont-Levoy)

« Il n'existe pas de chronologie biblique ; c'est à la science
 « qu'il appartient de fixer la date de l'apparition de l'homme
 « sur la terre. » (L'abbé Le Hir).

Dans une précédente étude, nous avons vu comment l'abbé Bourgeois fut surpris par la mort, avant d'avoir eu le temps de classer le résultat de ses recherches et d'en publier l'ensemble.

Au mois d'avril précédent, assisté d'un collaborateur éclairé qu'il avait formé lui-même, M. l'abbé Boutaut, son disciple de prédilection qui se montra digne du maître par le zèle intelligent et le dévouement tout filial dont il fit preuve dans cette difficile mission de confiance, l'abbé Bourgeois retouchait encore une fois toutes les pièces de sa collection pour bien s'assurer si elles étaient à leur place définitive.

Le peu de temps libre dont il disposait, malgré l'activité dévorante de son esprit chercheur, ne lui a permis de publier que de courtes monographies, de rapides communications aux Congrès et aux Sociétés savantes et toujours relatives au même sujet.

Son esprit sérieux et inquiet de vérité ne voulait affirmer qu'avec la certitude de bien dire, restant persuadé qu'on fait tort au vrai quand on n'en est pas l'interprète accompli ; aussi n'a-t-il pas laissé de grands ouvrages bien que ses notes gardassent en germe l'espoir d'une riche moisson de sa pensée féconde.

En plus de ses recherches sur la *Question de l'Homme tertiaire* (3 brochures qui parurent en 1867, 1873, 1877), l'abbé Bourgeois laissa par ordre de date :

Note sur les silex trouvés à Pont-Levoy, 1863.

Notice sur le diluvium de Vendôme, 1865.

Notice sur la grotte de la Chaise, 1865. (En collaboration avec l'abbé Delaunay.)

Mémoire sur l'Archéologie préhistorique, 1872. (Avec de longs développements sur l'homme tertiaire.)

Une sépulture de l'âge du bronze, dans le département du Loir-et-Cher, 1875.

Grotte sépulcrale de Villehonneur, Charente, 1877.

Toutes ces communications, qui n'ont plus maintenant qu'un intérêt historique, furent alors appréciées comme devaient l'être des matériaux nouveaux et destinés à édifier les bases de la préhistoire dont l'étude prenait de jour en jour une plus grande extension.

Suivant leur importance j'en donnerai l'analyse ou le texte intégral et en admettant que quelques autres notes éparses aient échappé à nos recherches, ce qui n'a rien d'improbable, on peut affirmer qu'en cet ensemble restreint mais suffisant consiste l'œuvre entière de l'abbé Bourgeois.

Puissé-je dans cette étude purement documentaire, qui n'aura que la prétention d'être un fidèle et respectueux hommage à la mémoire d'un des savants fondateurs de

l'Archéologie préhistorique, rendre service, en leur évitant des recherches (car les brochures de l'abbé Bourgeois sont maintenant introuvables et ses travaux épars dans des revues), à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution de l'homme et à l'époque de son apparition sur la terre.

Extrait du Bulletin de la Société Géologique de France.

2^e SÉRIE, T. XX, P. 535, SÉANCE DU 18 MAI 1863.

Notes sur les silex taillés trouvés à Pont-Levoy (Loir-et-Cher)

PAR M. L'ABBÉ BOURGEOIS.

Le 19 janvier dernier, j'ai donné connaissance à la Société géologique de quelques instruments en silex trouvés dans la brèche osseuse de Vallières (Loir-et-Cher) avec les ossements de l'*Hyæna spelæa*, du *Felis spelæa*, du *Rhinoceros tichorhinus*, du *Bos primigenius* et autres espèces quaternaires.

Aujourd'hui, je viens signaler un fait du même genre qui se produit dans des conditions différentes.

Le 30 janvier, dans une excursion géologique sur la commune de Thenay, près Pont-Levoy, j'ai rencontré à la surface du sol un de ces éclats de silex nommés *couteaux* par les archéologues. La pensée me vint d'en chercher d'autres et j'en trouvai tout de suite une vingtaine. Depuis, des explorations nombreuses poursuivies avec une grande activité par M. l'abbé Delaunay, par M. Bouvet et par moi, sur plusieurs autres localités voisines, nous ont permis de recueillir plusieurs milliers de silex travaillés appartenant à des types divers.

Pendant longtemps j'ai foulé aux pieds ces premiers débris de l'industrie humaine dans nos contrées, sans les remarquer ; je suis donc porté à croire qu'on les trouverait partout en Europe, si l'on s'avisait de les chercher sur la terre végétale où ils ont été naturellement amenés par les travaux de la culture, comme je l'expliquerai plus loin.

Ma première pensée fut de rapporter ces instruments grossiers à la période celtique, ou plutôt à une période plus ancienne encore, que l'archéologie reconnaît sans la désigner par aucun nom (1).

Mais ensuite plusieurs considérations m'autorisèrent à supposer qu'ils appartenaient à l'époque antédiluvienne :

1^o Je les trouvais associés à des quartz roulés du Morvan qui caractérisent le diluvium de nos contrées. Or, la cause qui faisait monter ces galets à la surface pouvait exercer la même action sur les silex travaillés renfermés dans les couches diluviennes.

2^o Sous le double rapport de la matière et de la forme, ils me paraissaient complètement semblables à ceux qui ont été trouvés à Vallières, soit en place dans la brèche osseuse, soit au milieu des champs où ont été transportées les marnes provenant de cette brèche (2).

3^o Enfin, j'avais recueilli, également, sur le sol un os de

(1) Les explorations intéressantes de M. Boucher de Perthes dans les tourbières de la Somme prouvent qu'il faut admettre la distinction de ces deux périodes historiques.

(2) Il est important de savoir qu'on ne rencontre pas de silex taillés, à Vallières, en dehors des localités où le propriétaire a fait porter les décombres de la brèche.

bœuf (fragment de métacarpien), dont la couleur noire et le poids spécifique accusent l'origine diluvienne, et sur lequel on remarque plusieurs incisions profondes faites avec un silex ébréché.

Mes présomptions ont été confirmées par une fouille que M. l'abbé Delaunay, M. Bouvet et moi, nous avons fait exécuter à Pont-Levoy, sur la rive droite du ruisseau des Anguilleuses, en face du clos des Vignes, à 15 mètres environ au-dessus du fond de la vallée.

Les couches sont ainsi disposées du haut en bas :

1 ^o Terre végétale avec blocs de calcaire de Beauce érodés sur une seule face (1).....	0.35
2 ^o Argile sableuse jaunâtre et galets quartzeux.....	0.45
3 ^o Même argile avec taches noires ferrugineuses.....	0.10
4 ^o Assise de galets siliceux et quartzeux.....	0.20
5 ^o Sable argileux jaune (alluvion probablement antérieure au diluvium).....	1.00
6 ^o Faïen blanc avec nombreux débris de coquilles.	

Nous avons trouvé des silex travaillés dans les assises nos 1, 2, 3 et 4, avec la même nature, la même forme, la même couleur, le même degré d'altération, le même cachet de fabrication, que ceux de la surface, de sorte que la contemporanéité paraît bien probable. Nous n'avons pu faire cette comparaison sur tous les types, mais nous espérons la compléter en donnant à nos explorations souterraines un développement plus considérable.

Comment se fait-il que ces objets soient confondus avec la terre végétale ? La raison en est toute simple. Abandonnés à la surface ou enfouis à une légère profondeur par les eaux diluviennes, ils ont dû se trouver en contact avec les premières couches d'humus qui se formèrent après la grande catastrophe, puis le mélange s'est opéré peu à peu par l'action des instruments aratoires.

Pourquoi refuserait-on d'admettre pour ces débris d'industrie primitive ce que l'on admet forcément pour les quartz diluviens qui se trouvent également sur le sol ? Du reste, dans les localités où ils sont le plus nombreux, la couche de terre végétale est si mince que la charrue atteint souvent le diluvium.

Malgré ces considérations, je n'oserais cependant pas affirmer d'une manière absolue que, parmi les objets recueillis sur le sol, aucun n'appartient à la période post-diluvienne qui a précédé l'époque celtique proprement dite, car M. Boucher de Perthes a prouvé par des faits que, pendant cette période innommée, l'homme a fabriqué certains instruments en silex analogues à ceux du diluvium.

Parmi ces instruments que nous avons trouvés à la surface du sol ou en place dans le diluvium, il en est qui ont conservé leur couleur primitive et toute leur fraîcheur, de

sorte qu'on les dirait fabriqués d'hier. Mais il en est d'autres dont l'extérieur est couvert d'une patine blanche plus ou moins épaisse. Nous sommes de plus en plus convaincu que cette transformation du silex en cachaloug n'est pas due au milieu, mais à l'action de la lumière, car il arrive quelquefois qu'une face de l'objet a été altérée et l'autre pas, quoique toutes deux fussent en contact avec des substances de même nature et dans des conditions complètement identiques.

L'altération des surfaces commence t-elle à se produire peu de temps après la cassure ? Je n'ai pas de données assez positives pour formuler une opinion. M. l'abbé Delaunay, M. Bouvet et moi, nous avons visité dans la commune de Meusnes un tas énorme d'éclats provenant de la taille des pierres à fusil et abandonnés depuis un siècle peut-être à l'action de la lumière et des agents atmosphériques. Or, nous n'avons pu en trouver que deux ou trois présentant quelques traces d'altération.

(A suivre).

Reconstituant du système nerveux

NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

Gymnastique ou massage en thérapeutique, par le docteur SAQUET, de Nantes ; Paris, Naud, éditeur, 3, rue Racine, 1904.

L'auteur, dans ce travail, démontre que le massage est supérieur à la gymnastique suédoise dans la thérapeutique en général, et spécialement dans le traitement de la neurasthénie à forme médullaire, des raideurs articulaires, des fractures, de la paralysie infantile.

La gymnastique est supérieure au massage dans la scoliose ; le massage vient seulement en aide.

En gynécologie on doit combiner les deux.

Les machines offrent des inconvénients.

Nouveau Formulaire magistral de M. le professeur A. BOUCHARDAT, 33^e édition, par le Dr G. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un fort volume in-18 de 692 pages cartonné à l'anglaise, 4 francs. (Félix Alcan, éditeur).

Cette 33^e édition, comme les précédentes, a été mise au courant des progrès de la thérapeutique. Toutefois, M. le professeur G. Bouchardat ne signale, parmi les médicaments nouveaux pouvant être introduits dans la pratique courante, que ceux dont les résultats sont incontestablement acquis ; et cependant, malgré ce choix, plus de 200

(1) Ces blocs, dont le poids est plus ou moins considérable, ont été érodés *in situ* avant d'avoir été détachés de la roche, autrement les marques d'érosion se montreraient sur toutes les faces. C'est ainsi que le calcaire lacustre de Beauce présente une surface ondulée et arrondie par les eaux sur plusieurs points, notamment sur la ligne d'Orléans entre Blois et Menars. Mais comment ces fragments ont-ils été déplacés ? M. Prestwich, qui les a étudiés en ma présence, fait intervenir le transport par les glaces, j'attache une haute importance à l'opinion d'un savant aussi compétent ; mais, comme ces blocs viennent d'une très petite distance et que la surface par laquelle ils adhéraient à la masse n'est pas sans quelques traces de frottement, je crois qu'il suffit pour expliquer ce phénomène géologique de recourir à l'action d'un grand courant.

formules nouvelles ont trouvé place dans cette édition. C'est que le nombre des nouvelles substances créées dans les laboratoires du chimiste et du physiologiste ou extraites de plantes ou d'organes négligés jusqu'alors et soumis aux essais de la médecine, augmente de jour en jour. C'est ainsi que les succédanés du chloral fournissent de nombreux analgésiques et antithermiques utilisables à divers titres. Signalons également les nouveaux sels de mercure et les composés (collargol) argentins, arsénicaux, etc.; les extraits des corps thyroïdes et des glandes surrénales, parmi lesquels, il convient de rappeler principalement l'adrénaline. Les nombreux renseignements thérapeutiques et hygiéniques joints à ce formulaire continuent à en faire le guide de conscience et le *vade-mecum* du médecin. Rappelons qu'on y trouve des *généralités sur l'art de formuler, un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, un mémorial thérapeutique, des notions sur l'emploi des contrepoisons, sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, un précis d'hygiène thérapeutique, la liste des mets permis aux glycosuriques, etc.*

La Gastro-entérostomie. — Histoire générale ; méthodes opératoires. — Les 150 premières opérations de la Clinique chirurgicale d'Angers ; par M. le Pr A. MONPROFIT (d'Angers). — Paris, Institut de Bibl. scient., 1903, in-8°, 376 pages, 300 figures. Prix : 15 francs.

Cet ouvrage comprend l'histoire, absolument complète jusqu'à fin 1903, de l'opération nouvelle, connue sous le nom de Gastro-entérostomie, qui consiste dans l'abouchement de l'estomac à l'intestin grêle. Cette intervention a eu un tel succès qu'à peine âgée de vingt-cinq ans, elle a déjà acquis l'une des premières places dans la médecine opératoire moderne, car elle donne des résultats merveilleux dans tous les cas où elle est nettement indiquée.

M. le Pr A. Monprofit, dans ce volume, après en avoir ébauché l'histoire année par année, en a donné le manuel opératoire complet, sans oublier le moindre procédé. Il a, bien entendu, tout particulièrement insisté sur ceux qu'on emploie journellement et a donné de toutes ces méthodes de très nombreux schémas, qui illustrent très efficacement un texte rédigé avec une précision étonnante.

Mais ce livre n'est pas seulement une étude didactique sur cette opération; c'est l'exposé clinique des cas opérés depuis plusieurs années par le chirurgien d'Angers lui-même, cas qui atteignaient le chiffre de 150 dès juillet 1902, époque où fut commencée l'impression, et qui sont maintenant beaucoup plus nombreux. Et on peut dire que c'est là un véritable tour de force opératoire et clinique que d'arriver à un tel total en province, et en si peu de temps !

Un tel record défie évidemment toute concurrence.

C'est dire que M. Monprofit n'a pas écrit une ligne, sans avoir pour guide l'une des nombreuses interventions de sa pratique; et c'est ce qui fait la valeur considérable et unique d'un tel travail, où l'originalité apparaît à chaque pas. Le lecteur s'en rendra d'ailleurs facilement compte en parcourant les chapitres consacrés aux méthodes opéra-

toires personnelles à l'auteur et aux procédés spéciaux qu'il a imaginés pour de nombreux cas particuliers.

Ajoutons que l'édition a été fort soignée et qu'en somme il s'agit là d'un ouvrage que tout chirurgien digne de ce nom doit avoir dans sa bibliothèque.

(APS).

Œuvre de la Tuberculose Humaine. Société Philanthropique des Dispensaires Antituberculeux Français : SIÈGE SOCIAL : 9, rue de Bellefond. — Paris.

COMITÉ DE PATRONAGE

MM. ROUVIER, sénateur, Ministre des Finances. — PAULIAT, sénateur. — CH. PREVET, sénateur, Président de l'Union Nationale des Présidents de Sociétés de Secours Mutuels. — LOUTRIES, sénateur, Président de la Ligue Nationale de la Prévoyance et de la Mutualité. — MESUREUR, ancien député, Directeur de l'Assistance publique. — BARBERET, Directeur des Institutions de Prévoyance au Ministère de l'Intérieur. — MABILLEAU, Directeur du Musée Social, Président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. — VAVASSEUR, avocat à la Cour d'appel, Maire du II^e arr. — CAVÉ, V., Président du Conseil Supérieur de la Mutualité, Fondateur de la Mutualité Scolaire. — CATELAIN AINÉ, membre du Conseil Supérieur de la Mutualité. — VARAGNAC, Conseiller d'Etat. — HANOTAUX, de l'Académie Française. — SULLY-PRUDHOMME, de l'Académie Française. — MILLERAND, ancien Ministre du Commerce, député. — Dr CHASSAING, ancien député. — LÉPINE, Préfet de police. — ESCUDIER, Président du Conseil municipal de Paris. — RENÉ PIAULT, Vice-président du Conseil municipal de Paris. — PAUL BUQUET, Directeur de l'Ecole Centrale, ancien Président de la Société des Ingénieurs Civils de France. — TRARIEUX, sénateur. — VIGIER, maire-adjoint du X^{me} arr. — COMANDRÉ, vice-président de l'Association polytechnique. — SÉVERINE, publiciste. — GEORGES BERRY, député. — GUSTAVE LARROUMET, de l'Institut. — GERVILLE-RÉACHE, député. — LEFÈVRE-PONTALIS, de l'Institut. — A. CARRÉ, directeur de l'Opéra-Comique. — MAGNAUD, président du Tribunal, Château-Thierry. — Dr DUBOIS, député — RANSON, conseiller municipal de Paris. — HÉNAFFE, conseiller municipal de Paris — RIBOT, député. — Dr PAULIN-MÉRY, ancien député. — ROUANET, député. — GEORGES BERGER, député. — COLLY, conseiller municipal de Paris. — PANTZ, maire du XII^e arr. — HEGELBACHER, sous-directeur de l'Ecole Centrale. — GRÉBAUVAL, ancien président du Conseil municipal de Paris. — HUG, maire-adjoint du XII^e arr. — SAROT, maire-adjoint du XII^e arr. — CHAIN, maire du IX^e arr. — GAILHARD, directeur de l'Opéra. — MASCUAUD, industriel, Président du Comité du Commerce et de l'Industrie. — CLARETIE, de l'Académie française, administrateur de la Comédie-Française. — JOHN LABUSQUIÈRE, ancien conseiller municipal de Paris. — CHAUVIÈRE, député. — MOREAU, conseiller municipal de Paris. — PASCHAL-GROUSSET, député. — PAUL GINISTY, Directeur du théâtre National du l'Odéon. — CHÉRIOUX, conseiller municipal de Paris. — HÉMAR, Président du Conseil Général de la Seine. — SEXTIUS MICHEL, maire du XV^e arr. — Dr NAVARRE, conseiller municipal de Paris. — BELLAN, conseiller municipal de Paris. — ERNEST CARON, conseiller municipal de Paris. — E. MOREAU, ancien député. — PUECH, député. — TANTET, maire du III^e arr. — BRENOT, conseiller municipal de Paris. — ACHILLE, conseiller municipal de Paris. — DUBIEF, député. — L. DASQUE, député. — Prof. CAZENEUVE, sénateur. — VAZEILLE, député. — Dr LEVRAUD, député. — MOSSOT, conseiller municipal de Paris. — BÉDOREZ, directeur de l'Enseignement primaire. — FRANCOZ, sénateur. — P. MERLOU, député. — BÉRAUD, député. — V. PETITJEAN, sénateur. — BONTEMPS, sénateur. — GELEZ, conseiller municipal de Paris. — CAZAUVELH, député. — MILLEJEAN, député, Président de la Commission d'hygiène à la Chambre. — CHAUTEMPS, député, ancien Ministre. — LUCIEN CORNET, député. — DANOUX, maire du I^{er} arr. — GIGON, maire-adjoint du I^{er} arr. — MORIN, maire adjoint du I^{er} arr. — JOLLY, maire-adjoint du I^{er} arr. — AROX, maire-adjoint du II^e arr. — LAVANOUX, maire-adjoint du II^e arr. — BESNARD, maire-adjoint du IX^e arr. — CH. VAUDET, ex-conseiller municipal de Paris. — LEVÉE, conseiller municipal de Paris. — LEVALLOIS, maire-adjoint du II^e arr. — POIRIER, sénateur. — VALTHER, député. — MARSOULAN, conseiller municipal de Paris.

FILIALES DE L'ŒUVRE

- 1^o — Dispensaire Antituberculeux du III^e arrondissement.
- 2^o — Dispensaire Antituberculeux du IX^e arrondissement.
- 3^o — Dispensaire Antituberculeux du XII^e arrondissement.
- 4^o — Société Antituberculeuse de l'Enseignement primaire du Département de la Seine.
- 5^o — L'Union Antituberculeuse des Mutualités et des Sociétés de Prévoyance de la Seine.

- 6° — Dispensaire Antituberculeux de Nice.
 7° — Dispensaire Antituberculeux de Saint-Denis.
 8° — Dispensaire Antituberculeux des 1^{er} et 11^e Arrondissements.

CETTE ŒUVRE A POUR BUT : 1° La création de nombreux Dispensaires et d'autres Etablissements antituberculeux où des médecins spécialistes donneront des soins gratuits aux tuberculeux indigents ;

2° De délivrer gratuitement aux nécessiteux des Aliments, Médicaments, Vêtements et autres objets indispensables à leur état morbide ;

3° La désinfection régulière, méthodique et efficace de tout logement habité par un phthisique ; l'assistance et la surveillance médicale du tuberculeux pauvre à son domicile, afin de lui indiquer les meilleures conditions hygiéniques réalisables et pour prendre les mesures prophylactiques destinées à sauvegarder les parents du malade et ses voisins ;

4° Le fonctionnement de nombreuses conférences et la publication de brochures afin d'éveiller l'attention publique sur le danger de la contagion ;

5° La création de Laboratoires nécessaires pour l'examen des produits pathologiques et la recherche du meilleur agent médicamenteux de la guérison de la phthisie.

Paris, le 15 février 1904.

Après trois années de fonctionnement, les médecins des différentes filiales de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, qui a donné depuis sa fondation plus de 70.000 consultations à des tuberculeux indigents, ont constaté que la plupart des malades s'adressent à nos Etablissements philanthropiques quand ils se trouvent à une période trop avancée pour profiter du traitement afférent à leur cas. Après renseignements pris près des Œuvres similaires, nos confrères nous ont affirmé avoir fait la même constatation. Près des malades interrogés, nous avons acquis la certitude que la plupart d'entre eux, influencés par la réclame, qui les circonviendrait dans les journaux et ailleurs, soignent leur affection pendant de longs mois sans direction, ni méthode, et principalement avec le produit du jour le plus tapageur !... Malgré les efforts quotidiens du corps médical tout entier, on n'arrive pas à dépister de bonne heure le tuberculeux qui guérirait si facilement à cette période précoce. Il nous a donc paru intéressant d'examiner scrupuleusement s'il n'est pas possible d'enrayer ce courant et de faire comprendre au public intéressé la gravité de cette situation, dont il est le premier à souffrir. N'y a-t-il pas abus et exercice illégal de la médecine ? Les annonces et certains marchands de produits pharmaceutiques ne craignent pas d'affirmer qu'ils préviennent et guérissent avec certitude la tuberculose par leurs drogues ; ils induisent ainsi en erreur le malheureux touché par le bacille, et rendent vains les sacrifices énormes consentis par les particuliers et les pouvoirs publics ; et ce qui est encore plus regrettable, c'est qu'ils compromettent définitivement le sort de nombreux individus, qui mieux dirigés, auraient pu guérir. Il y a donc à la fois exercice illégal de la médecine, tromperie sur la marchandise et attentat public à la vie humaine ; et, comme conséquences, surprise et mécomptes pour le malade, perte de ressources considérables pour la collectivité, et danger pour la Nation.

L'Œuvre de la Tuberculose Humaine a donc pensé

faire acte utile en remettant la cause de tant d'individus dignes d'intérêt entre vos mains. Elle pense qu'avec l'autorité dont jouit votre Société et son caractère hautement scientifique, vous pourrez exercer une influence heureuse et décisive auprès des pouvoirs publics pour empêcher pareils abus.

Nous soumettons à votre bienveillant jugement, espérant que vous vous y rallierez sous une forme quelconque, les conclusions du rapport présenté à notre Œuvre à la date du 9 décembre 1903, par la Commission, composée des Docteurs G. Rosenthal, Bourdin et Dausset, chargée d'étudier la question.

La Commission, considérant :

Que la guérison de la tuberculose nécessite un diagnostic médical précoce ;

Que la prophylaxie, la désinfection, le traitement préventif ne peuvent être faits si le malade ne consulte pas un médecin ;

Que la vente au public, sans ordonnance, de produits soi disant « curatifs ou préventifs de la Tuberculose » éloigne le public des soins médicaux, seuls compétents pour la direction du traitement, et lui fait courir les plus grands dangers ;

Que le choix judicieux des médicaments peut être aussi utile au malade qu'est dangereux leur emploi sans discernement ;

Que c'est commettre le délit d'exercice illégal de la médecine que de donner d'une façon globale, sur étiquettes, prospectus et réclames, une consultation :

1° Met le public en garde contre les médicaments et manœuvres thérapeutiques qui se renouvellent périodiquement et incessamment sans avis médical ;

2° Forme le vœu que le public soit averti par voie d'affiches, par des conférences, etc., du danger dès la première heure de se passer d'une direction médicale ;

3° Demande qu'un accord survienne entre Médecins et Pharmaciens pour étudier les moyens de restreindre l'emploi, en dehors de toute direction médicale, de certains médicaments donnés comme héroïques chez les touseurs ;

4° Emet le vœu qu'une réglementation restrictive de la vente directe des produits antituberculeux mette un terme aux abus commis ;

5° Propose à tous les groupements médicaux de s'unir à l'Œuvre de la Tuberculose Humaine pour défendre sur ce point la santé publique...

Ces vœux, soumis à la discussion du Comité médical de l'Œuvre dans sa séance du 21 janvier 1904, ont été sanctionnés à l'unanimité des membres présents pour être proposés à l'assentiment des divers groupements professionnels et scientifiques de Paris et des Départements, en vue d'une action préventive précoce contre la Tuberculose.

Confiants dans votre sympathique accueil, nous vous prions de vouloir bien agréer l'expression de notre considération la plus distinguée.

Le Président du Comité Médical,

Dr L. GARNIER.

Le Rapporteur,

Dr BOUDIN.

Hygiène. L'hiver en Egypte. par Aristide RIEFFEL, Paris, Schleicher frères et C^{ie}, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères; 1904.

L'auteur fait un éloge pompeux de la Haute-Egypte, de la Nubie, au détriment de l'Egypte proprement dite.

Le Caire et tout le delta sont très humide; il y a un brouillard continuel.

Si on veut faire une cure d'air sec, on choisit mal, il faudrait aller très loin du Nil et dans la Haute-Egypte, ou au moins à Héliouân, où vont les malades moins riches.

Il y a aussi Niena-House près des pyramides de Ghizé.

Assouân dans la Haute-Egypte est la meilleure des stations d'hiver facilement accessible aux Européens.

A l'observatoire d'Abassieh près du Caire, la température est en moyenne : en novembre, 18°; en décembre, 14°; en janvier, 12°; en février, 14°; en mars, 16°; en avril, 20°.

Au Caire il faut compter 2° de plus.

Voici la moyenne à Assouan :

	novembre	décembre	février	mars.
Minima :	14.7	12.5	11.3	16.4
Maxima :	30	27	27	32

Quand il fait 32° à Assouan personne ne sent à l'ombre qu'il fait chaud, la sécheresse relative activant l'évaporation.

Dans la Basse-Egypte la terre habitée, cultivée, est faite uniquement de la boue du fleuve : d'où puanteur et microbes.

Il n'y a de propre que le désert.

Cette vase du Nil s'éparpille au moindre choc en poussière impalpable.

Assouân est très propre.

Louksor, où le touriste séjourne le plus, est un cloaque; chaque pas soulève une poussière fécale.

Au Caire et à Louksor on s'enrhume. En Egypte la tuberculose est relativement fréquente. Fréquente aussi la fièvre typhoïde parmi les indigènes. L'été il y a un peu de dysenterie.

Les ophtalmies purulentes abondent communiquées sans doute par les mouches; il n'y en a pas à Assouân. Il y a des moustiques partout, au Caire comme ailleurs, excepté en Nubie.

L'auteur étudie ensuite dans des chapitres différents la beauté des sites, l'influence du beau sur la santé; et l'avenir de la vallée du Nil, avenir splendide sous tous les rapports.

LE TRAITÉ DES VARIATIONS DES OS DU CRÂNE DE L'HOMME, ET DE LEUR SIGNIFICATION AU POINT DE VUE DE L'ANTHROPOLOGIE ZOOLOGIQUE, par le D^r A.-F. LE DOUBLE, professeur d'anatomie à l'école de médecine de Tours jugé à l'Etranger.

Nos lecteurs nous sauront gré, je pense, de publier cet extrait d'un journal étranger. Ils pourront ainsi comparer l'opinion du D^r Leboucq (de Gand), à celle du D^r Helme, notre compatriote.

« Le nouvel ouvrage que vient de publier le Prof. Le Double est destiné à exposer la suite de ses recherches sur cette partie importante de la morphologie humaine qui étudie les variations du type considéré comme normal. Ce livre

qui forme un digne pendant à un autre déjà devenu classique et traitant des variations du système musculaire ne sera pas le dernier dans la série. L'auteur le promet formellement dans son introduction, et les preuves de son infatigable activité qu'il donne par de nombreuses publications spéciales sont garants de sa promesse.

« Le livre actuel ne s'occupe que des os du crâne. Les observations personnelles de l'auteur, les nombreux cas signalés dans la littérature scientifique et des communications inédites de collègues sont exposés méthodiquement et soumis à une discussion approfondie. On ne se doute pas qu'une matière, en apparence assez limitée, puisse prendre une telle extension; mais en parcourant plus attentivement le livre et en se rendant compte de la manière dont chaque os est traité, chez l'homme et dans la série, on comprend toute l'importance du travail.

« Etant admis par exemple que les os se comportent comme des organes plus ou moins passifs façonnés par le fonctionnement spécial des organes plus élevés en dignité physiologique qui sont en rapport avec eux, on comprend que le cerveau dans son évolution ne soit pas étranger à la morphologie des os du crâne et que par conséquent des variations de ceux-ci puissent être, dans certains cas, la traduction de modifications de l'encéphale. C'est à faire ressortir cette importance sur le terrain de la phylogénie que l'auteur s'attache, en faisant l'analyse minutieuse des nombreuses variations que peut présenter le squelette du crâne.

« Le genre d'étude auquel se livre M. Le Double et dont le livre actuel fournit un brillant spécimen, nous donne une fois de plus la preuve que l'anatomie humaine s'est émancipée du rôle de science accessoire qui lui était autrefois assigné. Ce n'est plus en qualité d'*ancilla chirurgiae* qu'elle poursuit sa voie, mais elle a définitivement conquis sa place parmi les sciences morphologiques. »

H. LEBOUcq,
De l'Université de Gand.

La Vie Médicale et les Livres

Sous ce titre nous lisons ce qui suit dans la *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*.

L'École de Tours qui brilla d'un si vif éclat au début du XIX^e siècle, et qui a fourni à la médecine tant d'hommes éminents, les Bretonneau, Velpeau, Trousseau, Moreau, Baillarger, Vidal, etc., est toujours la bonne nourrice qui, malgré notre centralisation à outrance, alimente encore notre patrie de travailleurs utiles et d'idées originales. En feuilletant la petite brochure publiée naguère: *Les Fêtes du Centenaire de la Société Médicale d'Indre-et-Loire*, vous pourrez voir ce que nous lui devons. M. Triaire ne doit-il pas être classé parmi les premiers des historiens contemporains de la médecine, de même que M. Le Double est un des premiers parmi nos anatomistes.

Le professeur Le Double, qui en se jouant a su débrouiller et montrer le sens caché des chapitres les plus obscurs de Rabelais, donne une empreinte si personnelle à tout ce qu'il touche que je ne vois ici nul autre à lui comparer. Ainsi, avant lui, on avait avec patience et minutie publié maints travaux estimables sur l'anatomie comparée. En suivant pas à pas l'échelle des êtres, quantité d'auteurs,

depuis Cuvier, avaient signalé les modifications de structure de l'organisme, mais personne ne s'était avisé de rechercher les causes de ces modifications. Et c'est ce travail de géant que le professeur Le Double a entrepris.

Il nous donna d'abord le *Traité complet des variations du système musculaire*. Aujourd'hui, allant plus loin, il publie le premier volume d'une série sur le système osseux : *Traité des variations des os du crâne de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*. Une des idées maîtresses du livre est la suivante : « C'est la fonction qui fait l'organe et non l'organe qui fait la fonction, et la suppression de la fonction entraîne la disparition de l'organe ». Son étude infirme la fixité du système osseux chez l'homme : il y établit que des variations particulières du squelette, plus fréquentes dans certaines races, doivent être étudiées par l'ethnologue au même titre que les autres caractères anatomiques. Il met en garde cependant contre les confusions possibles dues à des conclusions trop hâtives : par exemple, la rétroversion des plateaux de la tête du tibia, si fréquente chez le nègre, « s'observe également chez l'Européen, le Mongol, qui soumettent longtemps et régulièrement leurs membres inférieurs aux durs exercices imposés jadis par les nécessités de la vie à certaines peuplades des temps préhistoriques ».

Si jusqu'alors on n'avait pu expliquer les variations osseuses ou musculaires, c'est parce que la vieille anatomie avait dédaigné les lumières de sa jeune rivale, la physiologie. Mais en s'appuyant avec M. Le Double sur les travaux de Claude-Bernard, de Marey, de Chauveau, tout s'explique. En veut-on un exemple ? Les oiseaux à longues ailes, aigles, albatros, etc., ont un sternum très large, très court et très profond. Les oiseaux à petites ailes, pingouins, guillemots, etc., ont par contre un sternum très étroit, très long, peu excavé. Pourquoi ? Parce que les premiers ne font avec leurs ailes que des battements d'une faible amplitude, en raison de la grande résistance que leurs appareils, à large surface, rencontrent sur l'air. Les oiseaux, au contraire, qui n'ont que de petites ailes, font des mouvements d'une grande étendue et compensent ainsi le peu de résistance que l'air leur fournit.

Les premiers ont des muscles pectoraux gros et courts ; les seconds, des pectoraux longs et grêles. On voit le mécanisme de la méthode. L'anatomiste envisage d'abord la fonction dans chacun de ces groupes d'oiseaux. Il étudie ensuite les muscles adaptés à cette fonction, et la variation du système osseux se déduit naturellement des prémisses. De même, pour expliquer la perforation olécranienne permanente chez le sanglier, alors que cette perforation manque chez le porc : celui-là vivant à l'état sauvage, a des muscles adaptés à son milieu et des articulations extrêmement mobiles ; celui-ci, élevé en vue de la boucherie, menant une existence sédentaire, si l'on peut dire, gagne en tissu adipeux ce qu'il perd du côté des muscles, et la conformation du système osseux s'en ressent.

Je n'ai donné que quelques exemples pour montrer le

côté pratique de ce très bel ouvrage qui touche à tant de points divers. Ainsi, en lisant M. Le Double, vous verrez l'erreur de ceux qui, se basant sur la conformation des os du crâne de criminels, ont voulu hasarder des théories. Qu'importe que l'habile voleur calabrais, Villèla, ait une fossette cérébelleuse moyenne, large et profonde, puisque cette fossette a été rencontrée aussi sur le crâne de Scarpa ? Qu'importe l'asymétrie crânienne ? elle ne saurait être le signe d'une infériorité mentale : Dante et Périclès avaient le crâne asymétrique. De même le crâne de Kant présentait un os inter-pariétal, ceux de Descartes, Boileau, Juvénal des Ursins, Volta, une suture métopique, etc.

Dans un tout autre ordre d'idées, on a reproché à la doctrine transformiste de ne pouvoir prouver la transmission héréditaire des caractères acquis. Un animal amputé, par exemple, donne naissance à des petits normalement conformés. Mais la mutilation d'un individu ne l'adapte nullement à des fonctions nouvelles. « La véritable adaptation, dit le maître, exige un enchaînement d'actes physiologiques dans lequel le système nerveux est primitivement actif et commande la série des actes modificateurs des organes. Les expériences remarquables de Brown-Séquard ont établi déjà que des lésions des centres nerveux ou des nerfs amènent consécutivement des modifications des muscles et du squelette. Et ces modifications sont transmissibles ; il a pu les suivre pendant de nombreuses générations. » M. Marey continue ces expériences, et en partant des idées du Professeur de Tours il est bien difficile de douter de leur succès. M. Edmond Périer, du Muséum, a écrit une très belle préface pour l'ouvrage de notre confrère, à qui nous souhaitons en France tout le succès qu'il a obtenu d'emblée à l'étranger.

Docteur HELME.

PHTISIE BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. *De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.*

Dr FERRAND. — *Trait. de méd.*

1^{er} Congrès français de Climatothérapie et d'Hygiène urbaine

Nice, 4-9 Avril 1904

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Le montant de la cotisation (20 francs) doit être envoyé au *Trésorier Général* au moment de l'inscription, avec une note indiquant lisiblement les nom, qualités, titres, adresse exacte de l'intéressé (joindre une carte de visite).

Tout congressiste, ces conditions remplies, pourra faire des communications ne dépassant pas 10 minutes sur des questions entrant dans le cadre du Congrès ; si pour augmenter leur importance et l'intérêt de leur discussion, on désire que le titre et le résumé (30 lignes in-8° raisin) en — La langue officielle du Congrès est le français ; *excepté* —

soit distribué avant l'ouverture du Congrès, il suffit de les adresser au Secrétaire Général. *écrits très clairement (à la machine si possible)*, avant le 15 février 1904. Les communications présentées après cette date seront mises à l'ordre du jour à la suite et discutées si le temps ne fait pas défaut. *tionnellement*, le président pourra autoriser une communication en langue étrangère.

La famille des Congressistes, *accompagnant ceux-ci*, les étudiants en médecine bénéficieront des avantages réservés aux Congressistes, à condition de se munir d'une carte spéciale du prix de 10 francs.

Les questions suivantes feront l'objet des rapports :

1. **Le Climat du Littoral Méditerranéen Français**, rapporteur : D^r CHAÏS (de Menton).

2. **Adaptation climatérique**, rapporteur : D^r MANQUAT (de Nice);

3. **Influence du Climat Méditerranéen (littoral français) sur la Tuberculose et les Tuberculeux** :

A) *Etude clinique et critique : Conditions spéciales pour bien apprécier cette influence*, rapporteur : D^r BARÉTY (de Nice);

B) *Cure libre*, rapporteur : D^r GUITEY (de Cannes);

C) *Cure fermée*, Sanatorium pour la classe riche ou aisée, rapporteur : D^r MALIBRAN (de Menton); Etablissement d'assistance pour scrofuleux et tuberculeux pulmonaires indigents, rapporteur : D^r E. VIDAL (d'Hyères);

Co-rapporteur : D^r RENON, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris;

4. **Influence du Climat du Littoral Méditerranéen français sur le rhumatisme et les rhumatisants**, rapporteur : D^r MORIEZ (de Nice);

Co-rapporteurs : D^r HUCHARD, membre de l'Académie de Médecine; D^r TRIBOULET, médecin des hôpitaux de Paris;

5. **Désinfection urbaine**, rapporteurs : D^r BALESTRE et CAMOUS (de Nice).

Les réductions ci-dessous ont été accordées sur les moyens de transport et seront valables du 1^{er} au 20 avril au moins.

50 % Chemins de fer français.

50 % Carte de circulation entre Hyères et Menton.

50 % Chemins de fer de la Corse.

75 % Ch. de fer du Sud de la France (Permis Circulat.)

25 % Supplément Wagon-Lit. (France et Etranger).

40 % à 60 % Chemins de fer italiens (selon la distance).

50 % Londres-Paris Sth Eastern & Chatham Railway).

50 % Londres-Paris (London Brighton & Sth Coast Railw.).

50 % Ligne Genes-Nice (Steamer "Cobra").

50 % Bateaux Fraissinet (Marseille-Nice & Nice-Corse).

D'importantes concessions ont été consenties par les Hôteliers de Nice et de la Riviera, et cette question a été et sera l'objet de notre sollicitude toute particulière. — Une liste des hôtels, avec prix réduits, sera envoyée sur demande.

Le programme *provisoire* comporte dans ses grandes lignes :

LE LUNDI 4 AVRIL 1904. — *L'après-midi*. — Séance d'inauguration du Congrès à 4 heures.

Le soir. — Réception (non encore fixée).

LE MARDI 5. — *Le matin*. — Séance dans les sections.

L'après-midi. — Départ de Nice à 1 heure 5 (train spécial); visite à Menton; réception par la Municipalité; dîner dans les principaux hôtels.

Le soir. — Fête de nuit en l'honneur du Congrès; départ de Menton à 10 heures 30 (train spécial).

LE MERCREDI 6. — *Le matin*. — Séance dans les sections.

L'après-midi. — Départ de Nice à 1 heure 2; visite de la

Principauté de Monaco, Musée Océanographique, Hôpital, etc., course de canots automobiles; réception par les autorités; dîner dans les hôtels; représentation de gala (500 places), départ après le théâtre.

LE JEUDI 7. — *Le matin*. — Séance dans les sections.

L'après-midi. — Séance dans les sections; visite de Nice.

Le soir. — Réception par S. A. S. le Prince au Palais de Monaco.

LE VENDREDI 8. — *Le matin*. — Départ à 7 h. 40 de la gare des chemins de fer du Sud à Nice (train spécial); visite de Grasse, réception officielle; départ de Grasse vers 11 h. 30.

L'après-midi. — Déjeuner à Cannes dans les hôtels; visite de Cannes, réception par la Municipalité; départ de Cannes à 6 h. 30 et dîner à Nice.

Le soir. — Représentation de Gala à Nice.

LE SAMEDI 9. — *Le matin*. — Séance dans les sections.

L'après-midi. — A 4 heures, séance de clôture du Congrès.

Le soir. — Banquet par souscription.

EXCURSIONS : Excursion à Beaulieu, au Cap Ferrat, Antibes et Juan-les-Pins.

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES Et des stations d'hiver.

Afin de rendre service à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de correspondants dans les stations thermales et d'hiver, nous publions la liste des médecins de ces stations qui sont nos abonnés :

D^r Castelbou. — D^r Lalou. — D^r Verdalle, à Cannes. — D^r Gallot. — D^r De Langenhagen, à Menton. — D^r Leriche, aux Eaux-Bonnes, et au Sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret). — D^r Verdalle, à la Bourboule. — D^r Bartoli, à Châtel-Guyon. — D^r Veillon, à Vichy.

NUCLEO FER GIRARD, le plus assimilable des ferrugineux. chaque pilule contient 0 10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidéperditeurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de toilette hygiénique, employée dans toutes les affections légères de l'épiderme, gerçures des lèvres et des mains; innocuité absolue.