

LA

GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

REVUE BI-MENSUELLE

DES TRAVAUX MÉDICAUX & DES INTERETS PROFESSIONNELS DES MÉDECINS DE LA RÉGION

RÉDACTION :

25, Boulevard Béranger
TOURS

Ed. CHAUMIER
Maladies des Enfants
BOUREAU
Bactériologie — Urologie

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR MM.

TRIAIRE
Accouchements — Gynécologie

LAPEYRE
Chirurgie — Gynécologie opératoire
J. MENIER
Médecine générale

ADMINISTRATION :

15, Boulev. Béranger
TOURS

RÉDACTION ET COLLABORATION :

TOURS : D^{rs} ANDRÉ; HERMARY — ANGERS : D^{rs} CH. MARTIN; JAGOT — BLOIS : D^r HOUSSAY (de Pontlevoy) — CHATELLERAULT : D^r ORRILLARD — LE MANS : D^r POIX — ORLÉANS : D^r BAILLET; D^r LERICHE (Meung) — POITIERS : D^{rs} JABLONSKI; BUFFET-DELMAS — CHER : D^r PROMPT — SAUMUR : D^r RENOÜ — PARIS : D^r BARTOLI (de Châtel-Guyon).

SOMMAIRE :

	PAGES		PAGES
Lettres de Guy Patin	D ^r TRIAIRE. 311	Etude des résultats éloignés obtenus dans la chirurgie du Cancer	D ^r LAPEYRE 323
La "Fraise"	D ^r H. LA BONNE. 317	Analyses.	331
Hygiène alimentaire de l'Arthritique: Comment doit-il se nourrir	D ^r BOUREAU 317	Nouvelles.	331

UGLANRÉGINE 

Préparation nouvelle de l'iode avec l'extrait de noyer phosphaté

Meilleur succédané de l'Huile de foie de morue

Essor strumeuse, Lymphatisme
Scurvulose, Affections rénales

À 1, le 1/2 flacon

GLYCÉRO-KOLA ANDRÉ

Anémie
Phosphaturie
Néurasthénie, Convalescences

Deux à trois cuillerées à café par jour

Le flacon 5 fr., le 1/2 flacon 2 fr. 75

DÉPÔT GÉNÉRAL :
Pharmacie ANDRÉ, E. BADEL, L^r en ph^{cie}, Succ^r, 2, rue des Alpes, VALENCE (Drôme)

LA AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

ROYÉRINE DUPUY (Pepsine et Pancréatine extractives, associées au Sous-Carbonate de Bismuth.)

DIGESTIVE, ABSORBANTE, ANTISEPTIQUE

Agit rapidement. Combat les Fermentations.
Calme la Douleur. Combat les Diarrhées de toute nature.
Est un topique stomacal et intestinal. Absorbe les Gaz.

Deux cachets au commencement de chacun des deux principaux repas.

Pharmacie A. DUPUY, 228, rue Saint-Martin - PARIS.

SAVON ANTISEPTIQUE au goudron boraté
DE J. LIEUTAUD AINÉ
DE MARSEILLE

Pour éviter les contrefaçons, exiger la  marque et la signature ci-contre.

Ce savon, préparé d'une façon irréprochable avec des produits purs, est recommandé par les plus grands maîtres pour le traitement des Maladies contagieuses de la Peau, Eozémas, Dartres, etc., et pour les opérations antiseptiques qui précèdent et suivent les opérations chirurgicales.

PRÉSERVATIF SOUVERAIN EN CAS D'ÉPIDÉMIE ET PRÉCIEUX POUR LES SOINS HYGIÉNIQUES QUOTIDIENS ET INTIMES

Il est particulièrement recommandé à tous ceux qui sont appelés à donner des soins aux malades atteints de maladies contagieuses. Il est très efficace aussi pour le savonnage des vêtements et pour les soins appropriés des accouchées. — PROSPECTUS EN DIVERSES LANGUES. — PRIX : 1 FRANC.

Remises particulières à la Pharmacie et à la Droguerie. — Envoi d'échantillons gratuits et conditions exceptionnelles à MM. les Docteurs et Médecins ainsi qu'aux Sages-Femmes.

PEPTONE VASSAL

Suralimentation Sèche Agréable au Gout

Cette Peptone, fabriquée d'après les dernières données scientifiques, est un produit remarquable tant par ses qualités organoleptiques que par sa richesse en matières directement assimilables. Cette Peptone a, en outre, l'avantage d'être d'un prix modéré qui en permet un usage prolongé.

ÉCHANTILLONS !
Léon DANJOU, Pharmacien de 1^{re} classe, ex-interne des Hôpitaux de Paris, LILLE.

LABORATOIRE

DE

Bactériologie et d'Urologie

DE TOURS

Dr BOUREAU, à Tours

Crachats et recherches diverses 10 fr.
Urines, dosages, études microscopiques..... 20 fr. et 10 fr.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine.
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABÉLONVE & C^e, 99, Rue d'Aboukir, PARIS.

ERGOTINE BONJEAN
Médaille d'Or : Société de Pharmacie de Paris.
DRAGÉES AMPOULES
à 0,15 centigr. Injections pour hypodermiques
SOLUTION Flacons d'Ergotine de 30 gr. stérilisée au (1/10°) Tubes de 2 grammes.
LABÉLONVE & C^e, 99, Rue d'Aboukir, PARIS.

VALS SOURCE LA REINE
ALCALINE GAZEUSE INALTÉRABLE
DYSPEPSIE, GASTRO-ENTÉRITE DÉBILITÉ, Maladies du FOIE et des REINS TRÈS DIURÉTIQUE
Spéciale dans la **DIARRHÉE INFANTILE**
La REINE est facturée prix coûtant aux Médecins qui s'adressent à **M. CHAMPETIER, Pharmacien à VALS.**



au lait pur des Alpes Suisses
LE SEUL ALIMENT GARANTI NATUREL

qui peut être donné sans inconvénient aux bébés les plus jeunes, alternativement avec le sein ou le biberon.

MM. les Docteurs sont priés de demander des échantillons gratuits à MM. G. MARECHAL et Cie, 29 bis, rue des Francs-Bourgeois.

Le XEROFORME est le seul produit remplaçant avantageusement l'IODOFORME.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS
OREZZA

PROPRIÉTÉ DU DÉPARTEMENT DE LA CORSE

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULÉE

La plus riche en Fer, Manganèse et Acide carbonique

sans rivale pour

Gastralgie, Fièvres, Chlorose, Anémie

Et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG

Chez tous les pharmaciens et marchands d'eaux minérales. — Administr. : 3, r. Rossini, PARIS.

Se méfier des contrefaçons. — Exiger l'étiquette

MORRHUÏNE PUY

A fait le sujet d'une communication à l'Académie de Médecine de Paris (20 Novembre 1901)

SIMPLE ou GAIACOLÉE (Carb. de Gaïacol neutre)

LA MORRHUÏNE SIMPLE contient par cuillerée à soupe : 23 gr. d'Huile de foie de morue naturelle. 0,25 d'Hypophosphites, 2 gr. de Malt digestif.
Contre Lymphatisme, Rachitisme, Scrofuleuse, Croissance, Anémie

LA MORRHUÏNE GAIACOLÉE contient par cuill. à soupe : 0,25 de carb. de Gaïacol neutre (DUBOIS) 23 gr. de Morrhaine simple.
Contre Affections broncho-pulmonaires, Emphysème, Tuberculoses, Adénites

Emploi : Par cuill. à bouche ou à café (selon l'âge) avant les repas, délayée dans un peu d'eau, de lait ou de bière

Dépôts à Paris : PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE ; MONNOT-BARTHOLIN ; toutes les bonnes Pharmacies

Echantillons gratuits, Littérature, Renseignements : PUY, Pharmacien, Grenoble (Isère)

TOUS LES INCONVÉNIENTS DE L'IODURE DE POTASSIUM supprimés par les

CAPSULES DU DOCTEUR AILAINÉ
à l'Iodure de Potassium pur

AVANTAGES. — Plus de Pyrosis — Dissolution dans l'estomac — Tolérance parfaite — Plus de dégoût — Inaltérabilité absolue — Prix modéré — Le flacon de 80 capsules dosées à 0,25 cg. d'IK : 4 fr. 50.

AVIS IMPORTANT — Nous prions MM. les Docteurs de bien prescrire et exiger : Capsules du Dr AILAINÉ — et aussi de nous demander échantillon, littérature et renseignements qui leur permettront d'apprécier les avantages RÉELS que nous indiquons.

Concessionnaire : **Léon DIEU, 54, rue Lafayette. — PARIS**

ALET
EAU MINÉRALE NATURELLE DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL
SOURCE BUVEITE DE L'ÉTABLISSEMENT THERMAL

Employée avec grand succès depuis plus de trente ans dans les Dyspepsies, état nerveux, Anémie, Vomissements des femmes enceintes, Chlorose, Convalescences, suites de Coqueluche. — L'Eau d'Alet, de l'Établissement thermal, se trouve chez tous les Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens.

Pour éviter toute confusion, exiger sur les bouteilles une étiquette portant au bas l'indication ci-après :

ANTISEPTIQUE • DÉSINFECTANT
LYSOL
ECHANTILLON GRATUIT à MM. les Médecins qui en font la demande à la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU LYSOL, 22 et 24, Place Vendôme, Paris.

Les Lettres de Guy Patin

NOUVELLE ÉDITION

COLLATIONNÉE SUR LES MANUSCRITS AUTOGRAPHES

PUBLIÉE

avec l'addition de lettres inédites françaises et latines, la restauration des textes supprimés ou altérés, et des notes biographiques, bibliographiques, historiques et scientifiques.

Par le Dr Paul TRIAIRE

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine, Lauréat de l'Institut

10 Volumes in-octavo

Personne n'ignore que les lettres de Guy Patin constituent une des contributions les plus intéressantes et les plus curieuses à l'histoire du XVII^e siècle, et que, grâce à elles, bien des ambiguïtés historiques ont été dissipées, bien des faits importants ont été révélés, qui fussent restés dans l'ombre. Véritable journal écrit au jour le jour, admirable chronique de *curia et de re litteraria*, rédigée par une des plumes les plus brillantes, les plus alertes, les plus spirituelles et les plus satiriques de l'époque, cette correspondance incessante soutenue, sans défaillance, pendant plus de quarante années, évoque devant nous — dans la succession régulière du temps — avec leur fixité ou leurs transformations, les mœurs, les institutions, les idées, les traits et les caractères de deux générations. Rien ne manque à cette peinture, ni les portraits des hommes du jour, ni le tableau des événements qui se passent à la Cour et à la ville, ni le récit des faits sociaux politiques ou militaires, ni les nouvelles annonçant les livres qui viennent de paraître, et qui sont de véritables bibliographies du siècle, ni naturellement celles qui concernent la médecine et la Faculté dont l'auteur a tracé une histoire que nous n'aurions pas sans lui et qui intéresse au plus haut degré les médecins et les lettrés.

De ces lettres écrites avec un humour, un esprit, une facilité de style et une érudition tant de fois célébrés et qui font de Patin un des auteurs les plus originaux de son siècle, les éditions ont été multiples. On n'en compte pas moins de cinq groupes, réédités ou réimprimés chacun plusieurs fois, ce qui porte leur nombre à quatorze. Eh bien, on ne le sait que trop, toutes ces éditions sont bonnes à jeter au feu, et si, comme l'a dit Chereau, l'illustre critique revenait au monde, il ne reconnaîtrait plus sa correspondance. Les éditeurs ne se sont pas contentés d'écarter à leur convenance un nombre considérable de lettres, mais ils n'ont pas hésité aussi à supprimer de nombreux passages de celles qu'ils ont publiées. Ils ont été plus loin encore : ils n'ont pas reculé devant l'altération des textes, devant la falsification de la pensée de l'auteur ; ils ont corrigé son manuscrit, remplacé une expression forte et juste telle qu'elle jaillit de sa plume par un mot terne ou insignifiant ; modifié, à leur gré, des passages entiers, donné des analyses de ces passages, au lieu de leur texte complet ; rattaché, après des coupures opérées sans tact et sans mesure, deux ou trois

lettres ensemble ; ou bien, faisant le contraire, divisé une lettre en plusieurs ; enfin, forgé de toutes pièces des raccords, pour combler les solutions de continuité qui résultaient de ce beau travail. Toutes ces éditions, dont la plupart sont calquées les unes sur les autres, reproduisent les errements des précédentes, en y ajoutant leurs propres fautes, sans en excepter la dernière, la seule moderne, celle de 1846 due à M. Réveillé-Parise. Sur cette situation gémissent les érudits. Depuis longtemps, ils réclament une édition véritable et complète de l'œuvre de Guy Patin. Deux savants considérables, MM. de Montaiglon et Tamisey de la Roque, entreprirent cette tâche, il y a quelques années. On sait comment un malencontreux incendie détruisit en 1895, sans épargner ni une seule lettre, ni une note, les matériaux qu'ils avaient recueillis. M. Triaire a eu le courage de recommencer l'œuvre anéantie par ce désastre. Il a recherché de nouveau les lettres de Patin ; une seconde fois, il a transcrit ou fait transcrire les manuscrits inédits, — y compris le volume in-folio des lettres latines de la Faculté de Médecine — et en a confié le collationnement à M. Vaesen, l'éminent éditeur des lettres de Louis XI. Comme Sainte-Beuve en exprimait le désir, il a consacré de nombreuses notes aux personnages et aux faits historiques et scientifiques cités ou relatés dans la correspondance et en a ainsi accru, dans d'incalculables proportions, l'intérêt historique. Une question se posait, celle de l'orthographe ; elle a été résolue conformément aux exigences modernes en respectant celle du manuscrit, toutes les fois que cela a été possible.

Les soins les plus minutieux ont été apportés à la préparation de cette édition qui — en raison de son importance, du labeur énorme qu'elle a demandé et des frais considérables qu'elle a occasionnés — sera vraisemblablement la dernière. Il est probable en effet qu'un pareil effort ne pourra, de longtemps, être renouvelé.

Nous avons tenu à placer ici même une lettre — prise au hasard, entre cent autres, de l'édition de Réveillé-Parise — en regard de la même lettre donnée d'après le manuscrit par M. Triaire dans la nouvelle publication. On pourra ainsi se rendre compte du sans gêne avec lequel les anciens éditeurs ont traité le texte original, de l'œuvre considérable de restauration qui a dû être accomplie et de la conscience extrême qui a présidé à ce travail.

A MONSIEUR SPON, DOCTEUR EN MÉDECINE A LYON ¹.

MONSIEUR,

[Je vous donne avis que le] vendredy XI de ce mois, j'ay donné au Coché de Lyon un petit pacquet de livres pour vous, port payé; dans lequel vous trouverez [ce qui suit : Le livre de M^r de Baillou : *De Morbis virginum et mulierum, etc.* ². Le *rappel des Juifs* ³. 8. *Palmarius de vino et pomaceo* ⁴. 8. *Disquisitio disquisitionis de Magdalena Massiliensi*. 8. *La Rome ridicule* ⁵. 8. *Vita Loiselorum Ant. et Guidonis* ⁶. 8. *Examen de la Requête présentée à la Reine par le Gazettier* ⁷. 4. *Factom de nostre Doyen contre le Gazettier*. 4. *Requête du Gazettier à la Reine*. 4. *Factom du Gazettier*. 4. *Factom pour M^r de Bouillon, par M^r Justel*. 4. *Seconde Apologie pour l'Université de Paris in-8^o* ⁸. Théo-

Vendredi 11 de ce mois, j'ai donné au Coche de Lyon un petit paquet de livres pour vous, port payé dans lequel vous trouverez

1. Spon (Charles), né à Lyon le 15 décembre 1609, docteur de la Faculté de médecine de Montpellier en 1632, agrégé au Collège de médecine de Lyon en 1635, mort à Lyon le 21 janvier 1684. On doit, entre autres travaux, à cet érudit correspondant de Patin l'édition des *Observationes medicæ* de Schenck (Lyon 1661), des *Opera omnia* de Sennert (ib. 1650) et de Cardan (ib. 1663), et l'éloge funèbre de Patin en vers latins (*Epistaphium chronologicum*).

2. *De Virginum et mulierum morbis liber*. Parisiis, 1643, in-4^o. Baillou (Guillaume de), un des médecins les plus justement célèbres du xvr^e siècle. Né à Paris en 1538, bachelier en 1568, docteur en 1570, il fut doyen en 1580 et continué en 1581. Ses ouvrages restés manuscrits, publiés après sa mort par ses petits-neveux, Jacques Thévar et Simon le Letier, furent longtemps classiques. La Faculté de médecine de Paris possède un portrait de Baillou, héritage de l'ancienne Faculté à laquelle Thévar en avait fait présent.

3. Le *Rappel des Juifs*. Cet ouvrage ne portait aucune indication d'auteur ou d'imprimeur. Il était l'œuvre d'Isaac de la Peyrère, l'auteur des *Prædamites* et parut en 1643, in-8^o.

4. *De Vino et pomaceo libri duo*. Parisiis, 1588, in-8^o. Il y a une traduction française par l'auteur même, Caen, 1589, in-8^o. Celui-ci, Julien Paulmier (Palmerius), né en 1520, mort en 1558, était docteur de la Faculté de Caen. Il est le fondateur d'une dynastie de médecins qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours.

5. *La Rome ridicule*, par Saint-Amand. Petit in-12 de 300 pages. Réimprimé en 1643, in-8^o — c'est l'édition signalée par Patin — et en 1649.

6. *Clarissimorum virorum Antonii, et Loiselorum patris ac filii vita*. « Ce petit livre » est consacré à la biographie d'Antoine et de Charles Loisel; le père juriconsulte et écrivain, né à Beauvais en 1536, mort le 28 avril 1617. On a de lui : *Institutions coutumières* ou manuel de diverses et plusieurs sentences et proverbes du droit coutumier et le plus ordinaire de France. Paris, 1606, in-4^o. Le fils, Charles, moins connu, conseiller de la grande Chambre, vivait au commencement du xvii^e siècle. Il est l'auteur de l'ouvrage suivant : *Trésor de l'histoire générale de notre temps, depuis 1610 jusqu'à 1625*. Paris, 1636, in-8^o.

7. Ces quatre brochures furent publiées au cours de la période la plus agitée de la curieuse lutte de la Faculté de médecine de Paris contre Théophraste Renaudot. Deux sont des pamphlets de la Faculté, les deux autres sont des libelles du fondateur de la *Gazette*. — Le numéro trois — pour procéder par l'ordre de publication — est la supplique adressée à la Reine par Renaudot, aux abois après la mort du cardinal de Richelieu son protecteur : *Requête présentée à la Reyne par Théophraste Renaudot, en faveur des pauvres malades de ce Royaume* (S. 1. n. d.), in-4^o, 8 pages. Le numéro 1 — *Examen, etc.* — daté du 14 novembre 1643, in-4^o de 40 pages et qui est la critique du document précédent, est vraisemblablement de Guy Patin comme l'indique une note des *Commentaires* : *Regist. Comment. T. XIII, fol. 200 v^o*. Le numéro 2, *Factom de nostre Doyen*, est sans doute le pamphlet qui, publié sous l'unique indication du millésime 1643, fut attribué au doyen Michel de la Vigne. Il est probable qu'il est encore dû à la plume infatigable de notre auteur (Cf. *Regist. Comment., T. XIII, fol. 400, v^o*). Enfin le numéro 4, *Factom du Gazettier*, ne peut être que la réplique de Renaudot au pamphlet par lequel Patin répondit à sa « Request » (n^o 1). Il est intitulé *Response à l'Examen de la Requête présentée à la Reyne par M. Théophraste Renaudot. Portée à son auteur par Machurat, compagnon imprimeur*. Paris, 1644, in-4^o, 75 pages. Il faut admettre — et rien n'est plus admissible — que cette brochure imprimée en décembre 1643 reçut le millésime de 1644.

8. *Apologie pour l'Université de Paris contre le discours des Jésuites par une personne affectionnée au bien public*. — 1643. Cette « apologie » était de Godefroy Hermant, 1617-1690, le compatriote de Patin, le futur recteur de l'Université de Paris et l'auteur de l'histoire, encore inédite, de la ville de Beauvais. (B. N. m^u n^o 8583. T. IV.)

logie morale des Jésuites, in-8°. Discours contre Marthe Brossier par M^r Marescot, in-8°¹. Plus, cinq Thèses de Médecine et une qui m'a autrefois été dédiée. De ces cinq, la dernière est la mienne². Je vous prie de la lire et de m'en donner vostre avis. J'aurois volontiers attendu que le livret de M^r du Val, qui est un catalogue et des Eloges des Professeurs du Roy³, fut achevé : mais ce bon homme, corpore menteque senescens, est devenu si lent que je ne voids non plus de dessein en luy de bien achever qu'il a eu de bien commencer. Quand il sera fait, ce sera pour un autre paquet avec les autres choses qui se présenteront : je vous prie de prendre, en attendant, de bonne part ce petit présent, qui n'est rien au prix de ce que je vous dois : je tascheray de faire mieux à l'advenir. M^r Huguetan a-t-il commencé les Institutions de C. Hofmannus ?⁴ Bon Dieu ! quid moratur in tam pulcro opere ? Si M^r le Gagneur ne vous a veu, il vous verra bien tost : je vous remercie du bon accueil que vous luy voulez faire à cause de moy : il est honneste homme et bon amy. Depuis que M^r de Saumaise est party je n'ay rien entendu de luy : utinam secundo vento et felici cursu delatus sit in Hollandiam. M^r Petit de Nismes est fort mal et tout hectique, à ce qu'on m'escrit de Montpellier⁵. M^r du Moulin s'en est retourné⁶ : laborabat ab atra bile et intemperie calida sicca viscerum. Je vous maintiens et vous assure qu'il est très faux qu'il ait esté malade d'imagination : je l'ay trouvé très sage et très posé et ay eu grande consolation de le voir en ce grand âge : c'est un mal qu'on lui impose, et suppose à cause de sa vieillesse. Je luy ay trouvé l'esprit aussi réglé et aussi présent, la mémoire aussi ferme et assurée qu'il puisse jamais avoir eu et sur une grande diversité de matières dont je pris grand plaisir de l'entretenir ; aussi fut il bien aise de voir que je sçavois beaucoup de ses nouvelles. Il est retourné à Sedan ; s'il avait le corps aussi frais et bien tempéré que je trouve son esprit, il pourrait y vivre long temps : mais il faut dire de ce cas avec Horace : « Vitæ summa brevis spem nos velat inchoare longam », parce qu'il est bien sec et bien cassé. Pour ses œuvres dont il n'y a encore rien de commencé, reposez vous en sur moy ; Nihil quidquam ex ijs prætermittam qua sunt officij erga te mei.]

1. Discours véritable sur le fait de Marthe Brossier de Romorantin, prétendue démoniaque. Paris, Mamert Patisson, 1599, in-8°.

2. Cette thèse avait été soutenue le 17 décembre 1643 par le bachelier Courbois. Mais elle avait été présidée par Patin et, selon un fréquent usage, écrite par lui-même. Elle avait pour titre : *Est ne totus homo dâ natura morbus*. Elle eut un immense succès et fut considérée comme un chef-d'œuvre du genre. On n'en compte pas moins de six éditions. La dernière est de 1646, in-8° de huit pages. Paris, 1646, chez la veuve Jérôme Blageart.

3. Du Val (Guillaume) né à Pontoise, professeur de philosophie grecque et latine au Collège Royal en 1606, docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1612, porté au décennat en 1640 et continué en 1641. Du Val laissa des travaux dont il est question dans la correspondance ultérieure de Patin, et qui ont reçu leur annotation. L'ouvrage signalé dans la lettre ci-dessus et qui contient des recherches et des faits curieux a pour titre : *Le Collège Royal de France ou Institution, établissement et catalogue des Lecteurs et Professeurs ordinaires du Roy fondez à Paris par le grand Roy François I^{er}, Père des lettres et autres Roys ses successeurs jusqu'à Louis XIV, Dieu Donné, avec les Révérences et Requêtes des Lecteurs du Roy qui sont à présent en charge ; faite et prononcée par le Doyen de leur Compagnie (du Val lui-même), le 16 juillet 1643 à Messire Nicolas de Bailleul, conseiller du Roy en son Conseil d'Etat, président en son Parlement de Paris, surintendant de ses finances et Chancelier de la Reine Régente mère du Roy*. Paris, Macé-Bouillette, 1644, in-4°.

4. Hoffman (Gaspard), né à Gotha (Thuringe), le 9 novembre 1572, docteur de l'Université de Bâle, professeur de médecine à Altorff, où il mourut, le 3 novembre 1648. Patin professait une grande admiration pour cet érudit dont il éditait lui-même l'œuvre posthume : *Apollogia pro Galeno* (1668). Les *Institutiones* qui s'imprimaient alors chez Huguetan, le libraire, de Lyon, sous l'inspiration de Charles Spon, et qui intéressaient notre auteur à un si haut degré, ne parurent qu'en 1645 sous ce titre : *Institutionum medicarum libri sex*. Lugduni, 1645, in-4°.

5. Petit (Samuel), Orientaliste français, né à Nîmes le 25 décembre 1594, mort dans cette ville le 12 décembre 1643. Il était ministre de l'Eglise réformée et professeur de grec au collège des arts de la ville de Nîmes. Au moment où Patin écrivait, il ne connaissait pas encore sa mort.

6. Du Moulin (Pierre), né en 1568, mort en 1658. Célèbre théologien protestant et ardent controversiste. Patin l'appelait le Pape de toute la Réformation. (Lettre du 16 novembre 1643.)

Le traité de Marthe Brossier ¹ [*que trouverez dans vostre paquet*] est proprement de Maistre S. Pietre ², mais il passa sous le nom de M^r Marescot ³ le bon homme, qui estoit son beau-père. [*J'ay grand regret et vous en demande pardon; je viens de prendre garde en relisant vostre lettre, que j'ay oublié de mettre dans vostre paquet le « Castellanus de vilis Medicorum » ⁴ que m'y aviez demandé. Voyez, je vous prie, et m'indiquez comment je pourray en amender la faute pour quoy faire je suis tout prest. Je serais ravy d'avoir le « Divertio Céléste » en français ⁵; j'espère qu'il en viendra de deça. J'ay veu icy les Mémoires de M^r de Rohan manuscrits, ce livre devoit estre imprimé à Genève ⁶. Il est très bon]. J'ay veu pareillement le livre *De Plantis à Sanctis, etc.*, duquel s'est servy nostre maistre Guillaume du Val en sa fourberie des *Saints Medécins*, que je vous envoyay in-4^o, il y a quelques mois ⁷. Pour le *Sinibaldi* ⁸, j'espère que je le verray quelque jour. Il y a icy du bruit à la Cour, pour une querelle qui a esté entre M^r de Guise ⁹ et M^r de Coligny ¹⁰ qui est fils de*

Le traité de Marthe Brossier qui est proprement de maistre Simon Pietre, mais il passa sous le nom de M^r Marescot, le bonhomme, qui était son beau-père.

J'ai vu pareillement le livre *de Plantis à Sanctis, etc.*, duquel s'est servi nostre maistre Guillaume Duval en sa Fourberie des *Saints medécins*, que je vous envoyai in quarto il y a quelques mois.

Il y a ici du bruit à la Cour pour une querelle qui a été entre M. de Guise et M. de Coligny, qui est fils de M. le maréchal de Châtillon: ils se sont battus en duel dans la Place Royale, et se sont blessés l'un l'autre, mais pas un d'eux n'en mourra; chacun d'eux est blessé en trois endroits mais légèrement et sans danger de mort.

1. L'histoire de Marthe Brossier serait aujourd'hui considérée comme un fait divers de la plus grande banalité. Affectée d'une maladie nerveuse, cette fille exploitait sa situation et courait le monde en se faisant passer pour possédée. Une commission composée de Riolan, de Marescot et de Hautin, dévoila la supercherie et un arrêt du Parlement la fit emprisonner à Romorantin. Alexandre de la Rochefoucauld, abbé de Saint-Martin, l'ayant plus tard emmenée à Rome, le cardinal d'Ossat la fit enfermer dans un couvent. Cf. *D'Ossat. Lettres. Edit. de Amelot de la Houssaye. Paris, 1697, 2 vol. in-4^o.*

2. Comme on le voit dans la lettre ci-dessus, Guy Patin attribue la paternité de cet ouvrage à Simon Pietre et non comme on le croyait à Marescot son beau-père. D'après Tallement des Réaux, l'auteur en serait Le Bouteiller, père de l'Archevêque de Tours. Il y eut une réfutation: le *Traité des energumènes, par Léon d'Alexis (cardinal de Bérulle)*. Troyes, 1599 (Brunet).

Pietre Simon surnommé le grand, fut le médecin le plus savant et le plus habile de son temps. Docteur de la Faculté de Paris en 1586, professeur au Collège Royal en 1594, il mourut en 1608. Patin a écrit son éloge dans les « *Eloges* » de Papyre Masson.

3. Marescot (Michel) né à Lisieux, le 15 août 1639, docteur de la Faculté de Paris le 17 octobre 1666, doyen en 1588, mort en 1605. Avait été médecin du roi Henri IV.

4. *Vitæ illustrissime medicorum qui toto orbe ad hæc usque tempora floruerunt*. Anvers, 1618, in-8^o.

5. *Le Divorce céleste ou la séparation de Jésus-Christ d'avec l'Eglise romaine, son épouse, à cause de ses dissolutions*, 1644, p. in-12; attribué aux Elzeviriens. Il y eut deux autres traductions de cet ouvrage satirique, imprimées, l'une à Villefranche (Hollande) — 1649 — et une autre à Cologne et Amsterdam, 1696.

6. Il fut imprimé à Amsterdam. *Mémoires du duc de Rohan sur les choses advenues en France depuis la mort de Henri le Grand jusqu'à la paix faite avec les réformez au mois de juin 1629*. Amsterdam, 1644, in-12.

7. *Historia monogramma, sive pictura linearis sanctorum medicorum et medicarum, in expeditum redacta breviarum; adjecta est series nova, sive auctarium de sanctis præsertim Gallie, qui agris opitalantur certosque percurant morbos; item digressiuncula de plantis nomenclaturæ sanctioris, ipsa denique pietas Facultatis medicinæ Parisiensis*. Paris, Blageart, 1643, in-4^o. Du Val avait introduit pendant son décanat l'usage de réciter tous les samedis les litanies de la Vierge et celles des saints et saintes qui ont exercé la médecine.

8. *Sinibaldi Leonissensis Geneanthropeia, sive de hominis generatione deceateuchon*. Romæ, typogr. Fr. Cabelli, 1642, in-fol.

9. Henri de Lorraine, duc de Guise, petit-fils du Balafre, né le 4 avril 1614, de Charles de Lorraine, quatrième duc de Guise, et de Henriette de Joyeuse, duchesse de Montpensier, mort le 27 septembre 1654, connu par ses aventures chevaleresques et son expédition de Naples.

10. Coligny (Maurice de), fils aîné du Maréchal de Châtillon et de Gabrielle de Polignac, né le 16 octobre 1618, mort le 23 mai 1644. La cause directe du duel de Gaspard de Coligny avec Henri de Guise fut le fameux billet trouvé dans le salon de la Duchesse de Montbazon et qui, d'après celle-ci, avait été adressé par Madame de Longueville à Coligny qui l'aurait laissé tomber. L'attitude du duc de Guise, en cet épisode, fut telle que Coligny, poussé du reste par le prince de Condé, dut le provoquer. Le duel eut lieu en plein jour sur la place Royale, le 12 décembre 1643. Coligny blessé fut renversé deux fois et désarmé. Sa mort qui survint peu de temps après a été attribuée aux suites de ses blessures. On fit les vers suivants à l'adresse de la Duchesse de Longueville:

*Essayez vos beaux yeux,
Coligny se porte mieux,
S'il a demandé la vie,
Ne l'en blamez nullement.
C'est pour être votre amant,
Qu'il veut vivre éternellement.*

Mr le Mareschal de Châtillon¹ : ils se sont battus en duel dans la place Royale et se sont blessez l'un l'autre, mais pas un d'eux n'en mourra : chacun d'eux est blessé en trois endroits mais légèrement et sans danger de mort. [Nouvelles nous sont arrivées que Mr de Saumaise² est en Hollande en bonne santé et qu'il y a esté receu de grand cœur par tous ses amis]. Un Intendant des finances chez lequel j'ay aujourd'hui dîné m'a dit que Mr le Surintendant qui est le Président de Bailleul³, veut obliger Mr de Saumaise en amy, (je sçay bien qu'il l'aime fort) et qu'il veut trouver les moyens de le faire revenir en France et de l'arrêter à Paris à bonnes enseignes : *quod utinam fiat* : et c'est pourquoi beaucoup de gens disent à Paris que Mr de Saumaise reviendra icy l'esté prochain : je souhaiterais volontiers qu'il ne revint pas de deça, qu'il n'eut fait imprimé à Leiden⁴ tout ce qu'il a tout prest. en ce qui regarde la religion, d'autant qu'il n'en aura jamais icy guères de liberté, veu que nous sommes icy tous entourés et obsédés de moines et de moineaux de tout plumage qui *per fas et nefas veritatem in injustitia detinent*. [Je pense que vous avez veu le Davila en Italien imprimé tant à Lyon qu'en Italie in 4^o : il a esté traduit en françois et imprimé icy in fol. en deux petits tomes, qui se peuvent relire tout en un : on le vend icy 20 francs aux curieux qui en font grand estat : et ce avec raison, car outre qu'il coûte bien cher, il y a de fort belles choses en cette histoire]. Le sieur du Pleix, qui est en sa maison à Condom en Gascogne et qui travaille à achever l'histoire du dernier Roy, depuis dix ans, a icy envoyé son fils pour recevoir des mémoires du Duc d'Orléans, de Mr le Prince et du cardinal Mazarin : et quelques uns de moy aussi, touchant la mort [du Rouge-Tyran], et du Roy Louis XIII.⁶

Un intendant des finances chez lequel j'ai aujourd'hui dîné m'a dit que M. le surintendant, qui est le président de Bailleul, veut obliger M. de Saumaise en ami (je sais bien qu'il l'aime fort) et qu'il veut trouver les moyens de le faire revenir en France et de l'arrêter à Paris à bonne enseigne : *quod utinam fiat* et c'est pourquoi beaucoup de gens disent à Paris que M. Saumaise reviendra ici l'été prochain. Je souhaiterais volontiers qu'il ne revint pas de deça qu'il n'eut fait imprimer à Leyde tout ce qu'il a de prêt en ce qui regarde la religion ; d'autant qu'il n'en aura jamais ici guère de liberté, vu que nous sommes ici tous obsédés et entourés de moines et de moineaux de tout plumage, qui *per fas et nefas veritatem in injustitia detinent*.

Le sieur Duplex qui est en sa maison à Condom en Gascogne et qui travaille à achever l'histoire du dernier roi depuis dix ans, a ici envoyé son fils pour recevoir des mémoires du duc d'Orléans, de M. le Prince et du Cardinal Mazarin et quelques-uns de moi aussi touchant la mort du Cardinal de Richelieu et du roi Louis XIII. J'ai peur que sur cette grande diversité de mémoires qui partent de mains et d'intentions différentes, il ne fasse rien qui vaille et qu'il ne se fasse autant d'ennemis à cette seconde partie qu'il a fait à la première. Il aura lui-même bien de la peine à accorder tous les mémoires, tant faux que vrais, qui lui seront délivrés de la part de ces princes qui voudront tous être crus et être mis dans l'histoire selon leur caprice ou le degré du crédit qu'ils auront, et ainsi ce sera une belle pièce que cette histoire écrite *ad libidinem dominantium*.

1. Gaspard III de Coligny-Châtillon, petit-fils de l'amiral, colonel général de l'Infanterie française, gouverneur d'Aiguemorte et de Montpellier, fait maréchal de France en 1622, mort le 4 janvier 1646.
2. Saumaise (Claude de), célèbre érudit du xvii^e siècle, né à Semur en Auxois en 1588, mort à Spa le 6 septembre 1638.
3. Le Bailleul (Michel) sieur de Soisy, conseiller au Parlement en 1608, maître des requêtes en 1616, président au mortier en 1627, surintendant en 1643, mort en 1633. Tallemant des Réaux lui a consacré une historiette : *Le Président le Bailleul et ses filles*. — Edition de Monmerqué et Paulin. Paris, 1862. Tome IV. P. 332.
4. Leyden (Leyde). Située sur le Rhin, à 24 kilomètres de Rotterdam. Saumaise résidait dans cette ville et était professeur à l'Université.
5. *Historia delle guerre civile de Francia de Henrico Catherino-Davila, nella quale si contengono le operatione de quattro re, Francesco II, Carlo IX, Henrico III, Henrico IV cognominato il grande.* Venise, Tommaso Baglioni, 1630. Paris, imprimerie royale, 1644, in-fol. Venise, 1733, 2 vol. in-fol. Il y eut une traduction de Jean Baudouin et une au xviii^e siècle de l'abbé Mallet. Amsterdam, 1757. Davila (Henri Catherin), historien italien né en 1576, mort en 1631. Elevé à Paris auprès de Catherine de Médicis. Rentré en Italie et fixé à Venise, il publia en 1630 cette importante histoire des guerres civiles de France, source précieuse d'informations pour la dernière moitié du xvi^e siècle.
6. Du Pleix ou Duplex (Scipion) né à Condom en 1569, mort dans la même ville en 1661. Il préparait à ce moment la publication du cinquième volume de son histoire générale de France qui contient

IODALOSE GALBRUN

SOLUTION CONCENTRÉE ET TITRÉE DE PEPTONIODE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Combinaison complète et stable de l'Iode avec la Peptone.

REMPLECE TOUJOURS avec avantage IODE et IODURES sans IODISME

Arthritisme, Goutte, Rhumatisme, Artériosclérose, Angine de Poitrine, Maladies du Cœur et des Vaisseaux, Asthme et Emphysème, Scrofule, Affections glandulaires, Rachitisme, Goitre, Fibrome, Syphilis, Obésité.

Iode physiologique VINGT FOIS PLUS ACTIF que l'Iode des Iodures.

Cinq gouttes IODALOSE, renfermant un Cgr. Iode physiologique, agissent comme Vingt-cinq Cgr. Iodure.

Doses MOYENNES : cinq à vingt gouttes pour Enfants ; dix à cinquante gouttes pour Adultes.

Communication au XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900.

Pharmacie GALBRUN, 4, Rue Beaurepaire, PARIS ET TOUTES PHARMACIES.

J'ay peur que sur cette grande diversité de mémoires qui partent de mains et d'intentions si différentes il ne face rien qui vaille, et qu'il ne se face autant d'ennemis à cette 2. partie qu'il a fait à la 1. Il aura luy-mesme bien de la peine à accorder tous les mémoires tant faux que vrais qui luy seront delivrez de la part de ces Princes, qui voudront tous estre crûs et estre mis dans l'histoire selon leur caprice ou le degré de crédit qu'ils auront : et ainsi ce sera une belle piece que cette histoire escripte ad libidinem dominantium. [Mr le Président de Bailleul, surintendant des Finances, tomba fort malade avant hier tout d'un coup : fuit aliqua suspicio veneni : il est fort incommodé d'une grande perte de sang quæ repente oborta est. Ces grandes charges font envie aux ambiteux et les poussent à de violentes extremitez per multa scelera]. Si vous prenez la peine de lire ma thèse je vous prie de considerer le nez et les mœurs du Gazetteur, ubi actum est de morbis nasi. [Après le mot de nebulones vous y trouverez son nom en prenant chaque première lettre des huit mots suivants dont le premier est ridiculi, le 2. effrænes, le 3. nefarij¹ etc. On dit qu'à la Cour il y a quelque brigue contre Mr Cousinot² premier médecin du Roy ; on dit qu'il ne gardera guère long temps cette place qui est fort enviée sur luy combien que jusques icy la Reine l'ait toujours protégé. Je ne sçaurois deviner qui en sera le successeur et en doute fort. Mr de Noyers³ est icy de retour de sa maison⁴ où le dernier Roy l'avait envoyé : la Reine luy a permis d'estre icy : toute la troupe Loyolitique emploie tout son crédit pour le faire entrer dans le Gouvernement, mais ils n'ont pu jusques icy tous ensemble rien avancer en cet affaire : et Dieu aidant, n'en viendront jamais à bout : ces maistres fourbes sous ombre de religion, feraient bien valoir leurs coquilles, s'ils avoient du crédit durant cette minorité. On me vient d'asseurer que le Gazetteur qui est un autre incommodum seculi aussi bien que les Loyolites, est malade, il y a XV jours : qu'il n'a pas la fièvre, mais qu'il est fort maigre ; et qu'il prend force bruyages ut se vindicet ; quidam suspicantur ulcus imminens in pulmone, alij luem veneream, quod facilius crediderim : scio enim ejusmodi nebulonem esse libidinosissimum. Dieu le veuille bien amander].

Je vous baise bien humblement les mains et suis

Monsieur,

Vostre très humble et très obéissant serviteur.

PATIN.

De Paris, ce 24 de décembre 1643.

Si vous prenez la peine de lire ma thèse, je vous prie de considérer le nez et les mœurs du gazetier, ubi actum est de morbis nasi.

Je vous baise bien humblement les mains et suis, monsieur, votre très humble, etc.

De Paris, le 21 de décembre 1643.

Le règne de Louis XIII. 4^e édition. Paris, 1634-43, 6 tomes en 5 volumes in-fol.

1. Renaudot (Théophraste) né à Loudun en 1584, mort à Paris le 25 octobre 1653. Docteur de Montpellier en 1606, établi à Paris en 1612, fondateur du Bureau des adresses en 1629, de la Gazette en 1630. En attendant l'arrêt du Parlement du 1^{er} mars 1644 qui devait supprimer le bureau des adresses avec ses consultations charitables et la Mont de Piété qui y étaient annexés, son implacable adversaire, Patin, le poursuivait de ses railleries injurieuses. La Thèse dont il entretient Spon lui avait donné une nouvelle occasion de l'attaquer. Il faut citer le paragraphe. Il nous permettra de vérifier l'assertion de notre auteur que les premières lettres des huit premiers mots qui suivent les termes « nebulones sunt » donnent Renaudot : *Corruptum nasum sequitur corruptio moruum ex isto enim nasorum genere qui ancidulo ore loquentur nebulones sunt ridiculi, effrænei, nefarii, yrdeliones, Afri, Golosi, Obsceni, Turbulenti, etc.*

2. Cousinot (Jacques) né à Paris vers 1585, mort le 25 juin 1646. Docteur de la Faculté de Médecine de Paris en 1618, élu Doyen en novembre 1623 et continué dans cette charge en 1625, il fut nommé à la cour par l'influence de son beau-père Bouvard, premier médecin du Dauphin qui devait être Louis XIV et il conserva cette fonction après l'avènement de ce prince au trône.

3. De Noyers (Sublet), né en 1588, mort à Paris le 20 octobre 1645. D'abord intendant des finances, succéda le 12 février 1630 à Servien dans le poste de secrétaire d'Etat à la guerre. Fut aussi intendant des bâtiments du Roi. On écrit quelquefois Sublet des Noyers, mais, comme le fait observer Cheruel, il signait de Noyers et Patin l'écrivait également ainsi.

4. La maison de de Noyers était Dangu, château situé dans le département de l'Eure à 10 kilomètres O.-S.-O. de Gisors.

5. Cette lettre qui figure dans notre édition au numéro LXI est extraite du manuscrit original de la correspondance de Patin avec Charles Spon : B. N. F. Fr. Mit 9.337.

" LA FRAISE "

Une brise la sème, un rayon la mûrit,
Et pour parlerre elle a du grand bois la lisière,
Pour ami tout passant soit riche ou pauvre hère,
Echappée à l'hiver, le printemps la chérit.

Elle grandit en paix loin des brûlants midis,
Son parfum la trahit sous la forêt allière,
Gouttelette de sang, rubis qui sans mystère
Attire vos regards, belles aux fins souris.

Régal délicieux traînant au raz de terre,
Cherché des amoureux qui fouillent la bruyère,
Ce pendant que le Geai moqueur au-dessus d'eux

Jette son cri strident, railleur éclat de rire,
« C'est un jeu dangereux cueillir la fraise à deux ».
Fillettes, entendez ce que l'oiseau veut dire.

D^r Henry LA BONNE,
Poète des rives de l'Indre.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE DE L'ARTHRITIQUE

Comment doit-il se nourrir ?

Par le D^r BOUREAU
Chirurgien en chef de l'hôpital de Clocheville.

*L'art de vivre est souvent
l'art de s'abstenir* (ALIBERT).

Je n'ai en vue dans cette étude que l'arthritique qu'on peut encore qualifier de bien portant, celui qui, actif, sanguin, promène une mine fleurie précédée d'un ventre déjà un peu bedonnant.

La graisse l'épaissit un peu, quelques vagues douleurs endolorissent ses nuits, un accès de sciatique, quelques névralgies dont le froid est l'explication toute prête ont déjà fait ressentir leurs appels lancinants ; il a bien quelques coryzas spéciaux, un peu de pharyngite, un peu d'essoufflement, quelques décharges d'urates, des sueurs trop faciles, de loin en loin des urines un peu foncées par l'urobilin, son rein proteste déjà contre les toxines par de la polyurie passagère, son estomac contre un bon dîner par de la flatulence ; quelques accès de tristesse, d'asthénie viennent un peu l'assombrir de temps en temps.

Mais en somme il est encore solide, il n'a pas franchi le fossé qui sépare les troubles fonctionnels de la lésion. Il n'a pas encore eu la désagréable surprise de se voir étiquetter albuminurique, diabétique, calculeux, hépatique ; il n'a pas encore été touché par la neurasthénie et son cortège ; il n'a plus néanmoins cette euphorie, cette sensation de bien-être intérieur qui accompagne le jeu normal de nos fonctions.

Il est encore du domaine de l'hygiène, c'est lui que je vise, laissant aux thérapeutes ses collègues qui ont déjà franchi les frontières de la santé et sont entrés dans la voie des altérations viscérales.

C'est à ce futur malade que je voudrais intéresser nos lecteurs, c'est pour lui que je viens esquisser une hygiène alimentaire, convaincu qu'elle seule est capable de l'arrêter sur la pente facile sur laquelle il glisse vers la lésion définitive.

Il est devenu légion surtout dans les classes élevées. Il est le produit du bien-être et de la vie facile pour certains, pour d'autres de la vie intensive. Que le nombre de ces tarés ait augmenté, il me semble que c'est indiscutable. Du reste ce serait une erreur de croire que les espèces pathologiques sont immuables. Voyez l'appendicite. A vingt-cinq ans d'intervalle les maladies ne sont plus les mêmes « la matière vivante se modifie, dit Legendre ; les réactions nerveuses en particulier. Ce qui domine parmi nos contemporains c'est l'arthritisme, le neuro-arthritisme, et la sclérose. »

Cet arthritique est cependant le seul à qui nous puissions rendre de réels services. Quelques conseils d'hygiène, une orientation différente de sa vie quotidienne peuvent suffire à faire dévier sa nutrition dans un sens différent. La polypharmacie ne le concerne pas, elle est la ressource de ses collègues plus avancés en pathologie, ressource précaire, les bénéfices que nous en retirons devraient l'engager à reculer le plus possible cette échéance.

Quand il vient de loin en loin se plaindre de ses misères, à côté d'une ordonnance qui ne vise que l'état actuel, nous donnons bien quelques conseils : peu de viande, peu d'alcool et nous ajoutons une liste plus ou moins détaillée de choses défendues, pas d'oseille, pas de tomates, etc...

C'est souvent là toute formule qu'il emporte et que nous livrons aux hasards de son interprétation, de ses préjugés.

Il ne saisit souvent que les détails, on le voit reculer d'horreur devant une tomate farcie et en même temps se livrer aux douceurs d'un repas de Gargantua.

Je suis, se dit-il, à la lettre, les prescriptions de mon médecin, je n'ai pas dépassé les limites de mon appétit. Qu'arrive-t-il ? ses malaises s'accroissent, l'intoxication déprime ses forces ; il me faut des toniques, se dit-il, il prohibe plus sévèrement l'oseille, mais il augmente sa ration alimentaire, alors qu'il aurait fallu la restreindre.

N'ont de valeur en hygiène que les prescriptions précises. Peu manger pour un malade ne veut rien dire : « mangez tant » seul a de la valeur. Et ajoutez encore quand et comment il doit manger cette ration.

Ce sont ces trois prescriptions que je me suis donné à résoudre pour l'arthritique.

A maladie de nutrition peut seul s'opposer un régime de nutrition.

L'arthritisme héréditaire ou acquis ne peut espérer remonter le courant que s'il veut bien écouter les premières plaintes de l'organisme.

Lorsqu'en fait de nutrition on veut préciser et résoudre un problème de ration alimentaire, la valeur biologique de l'aliment doit forcément entrer en cause. L'équivalence en azote, en carbone, en calorie, le poids fixe des substances consommées, leur composition chimique, qu'il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte, tout cet étalage de chimie biologique prend de suite un tel cachet de calculs théoriques pour un sujet que les caprices de notre estomac est seul habitué à traiter, qu'il devient difficile d'entraîner les convictions.

Tant de choses : l'âge, le poids, le sexe, la température doivent faire varier la ration qu'on hésite à poser en présence de tant de facteurs des règles précises et fixes.

La tâche est déjà difficile pour un individu sain ; elle

devient plus ardue pour un taré, comme l'arthritique. C'est peut-être le pourquoi du vague et de l'incertain de nos prescriptions.

Et cependant pourquoi ne pas tenter de résoudre ces problèmes; en supposant que les solutions n'atteignent pas exactement le but cherché, c'est encore en serrant de près par le calcul sur les données de la chimie biologique, qu'on a chance de s'approcher de la vérité.

Il sera toujours facile d'en corriger l'absolu à l'aide des indications que nos goûts, nos habitudes nous fournissent.

Dans une première partie nous nous livrerons aux doutes de quelques hypothèses; la théorie ne perd jamais ses droits dans nos esprits où la scolastique a laissé son empreinte héréditaire. Il est tentant de chercher à localiser les origines organiques de l'arthritisme, ses rapports avec l'herpétisme.

Mais ce que je voudrais établir avec le plus de netteté possible, c'est un fait qui domine toute la pathologie arthritique, qui semble la cause primitive de son évolution: la suralimentation. Nous nous alimentons en excès d'une façon inconsciente, soit par perversion héréditaire de nos appétits, soit par éducation. Qu'on interprète par les théories de l'hyperacidité humorale, ou de l'auto-intoxication, ou qu'on cherche des hypothèses plus satisfaisantes, les conséquences de cette suralimentation, on doit avant tout admettre la réalité du fait.

D'où l'indication primordiale dans tout régime alimentaire de l'arthritique: restreindre la quantité des aliments.

Il faut avouer qu'ici le problème se complique singulièrement si l'on désire le résoudre avec précision.

Il est des gens économes pour qui manger peu sera une ration d'inanition; il en est d'autres, aux tables toujours bien pourvues, qui se suralimentent encore en croyant se restreindre.

Quel guide aura le malade pour savoir s'il mange peu ou beaucoup. Son appétit? Nous verrons plus loin qu'héréditairement on le lui a transmis faussé, exagéré et qu'il continue, par tradition familiale, à le surexciter.

Le sentiment de besoin, de faiblesse, d'épuisement? mauvais conseiller. Chez l'intoxiqué par suralimentation, il est d'observation courante que ces sensations s'aggravent avec les excès alimentaires.

Nous avons tous vu des neurasthéniques arthritiques qui, tout en restant inactifs, superposent les tranches de gigot aux biftecks, mangent toutes les deux heures, et néanmoins s'enlisent de plus en plus dans leur impuissance et leurs tristesses.

Il faut donc en arriver à lui dire combien il faut manger, et le lui dire d'une façon précise, lui dire: vous mangerez 200, 300 grammes de pain, vous les peserez une bonne fois pour vous rendre compte de ce qu'ils représentent, vous mangerez tant de grammes de viande, vous boirez tant de boisson. Si vous voulez fixer son régime; il faut que malade et aliments passent sur la balance, sans quoi rien de sérieux ne sortira de vos prescriptions.

Or, pour pouvoir préciser aussi exactement, il n'y a qu'un moyen, c'est de nous astreindre à connaître en calories la valeur alimentaire de nos aliments usuels, de ces aliments préparés par nos cuisinières et de calculer, d'après l'étude de notre malade, où il doit prendre ces calories et la quantité qui lui en est nécessaire.

Il faut, en résumé, chercher sa ration alimentaire.

Est-il possible de fixer une ration précise?

On a prétendu que la recherche d'une ration individuelle pour une collectivité comme l'armée était toujours erronée. Si les individus ont le même âge, ils sont loin d'avoir le même poids, les mêmes aptitudes digestives, la même puissance d'assimilation; il y a là des coefficients individuels qui se prêtent mal à une règle commune.

Il n'en est pas de même pour l'arthritique isolé, son âge, son poids, sa vie quotidienne, le climat sous lequel il vit, permettent d'être précis, de chercher la ration théorique à laquelle il doit être soumis. Ce premier régime est en outre révisable, la façon dont il le supportera, son augmentation de poids ou sa diminution, permettront de corriger ce qu'ont de trop absolu ces premières indications. S'il est bon de s'appuyer sur la chimie biologique en présence d'un arthritique, il faut néanmoins songer à rester médecin.

Ces réserves établies, nous croyons qu'il est possible de fixer une ration alimentaire à notre patient.

Sur quelles bases l'établir? Pour ce qui concerne le malade, son âge, son sexe, sa vie quotidienne, le climat sous lequel il vit, sont les premiers éléments qui doivent nous guider; ils sont importants, mais ils doivent être précédés d'une recherche qui prime tout. Il est indispensable de savoir quel poids doit peser le malade en état de santé normale, pour être ni gras, ni maigre, quel est son poids physiologique normal; sans quoi vous ne saurez si le régime prescrit est suffisant ou insuffisant.

La recherche de ce que doit être un individu pour réaliser cet équilibre, pour n'être ni gras ni maigre, est indispensable si on désire fixer une ration alimentaire. Comment savoir si un régime donné le met en état d'hypernutrition ou d'hyponutrition?

Un malade se présente en état d'obésité; où devra s'arrêter la diminution de poids que vous demanderez au régime restreint.

Poids normal.

On arrive donc logiquement à rechercher ce que doit peser un individu en bonne santé.

La santé absolue est constituée par une ration d'entretien suffisante pour établir un équilibre parfait entre les apports nutritifs et les dépenses de la vie et du travail.

On conçoit que cet équilibre idéal doit correspondre chez un individu en bonne santé à un poids déterminé qu'on peut appeler *poids normal*.

Il doit être en rapport avec la taille. On conçoit qu'il existe pour chaque taille des proportions idéales de développement organique qui représentent l'homme en parfait équilibre, en forme, comme dirait un sportsman.

L'œil est mauvais juge de la maigreur ou de l'obésité. Il n'exerce son jugement que sur la plus ou moins grande saillie du lobule graisseux des joues, sur l'état de la fosse temporale, les saillies musculaires du cou ou la proéminence du ventre. Nos vêtements et souvent les artifices des tailleurs et des couturières, plaçant aux bons endroits quelques paquets de ouate compensateurs, dissimulent les arêtes trop vives, ou atténuent l'absence de saillies normales.

Quand le sujet se présente nu, l'évaluation du poids normal se fait plus facilement. Nous apprécions la maigreur ou l'obésité de l'individu sur les saillies trop accentuées de sa charpente osseuse ou sur la rondeur de ses formes; mais nous n'avons néanmoins qu'une évaluation approximative.

Dans les deux cas, nous pouvons faire erreur; notre examen manque de base précise.

En dehors du sujet qui nous préoccupe, il est facile d'entrevoir d'autres applications intéressantes de ce poids physiologique.

Supposez que vous puissiez fixer rapidement le poids que doit avoir l'individu, un poids réel trop en dessous de la normale attire l'attention et peut révéler une tuberculose latente ou une tare viscérale qui aurait échappé.

Une formule donnant le poids normal peut en outre recevoir des applications intéressantes en dehors de notre sujet actuel.

S'agit-il de fixer le régime hygiénique d'un dyspeptique, d'un névropathe, d'un tuberculeux, il est de première utilité de savoir si les prescriptions formulées élèvent ou abaissent le poids du malade au-dessus ou au-dessous de l'étiage fixé par le poids qui, normalement, correspond à sa taille.

Les recherches biologiques s'exerçant sur nos sécrétions, telles que l'urine, ne peuvent se passer du poids normal de l'individu, si on désire évaluer avec précision ce qu'il doit éliminer par 24 heures.

Le régime de déchloruration chez les œdématisés brighiques ou cardiaques ne peut être contrôlé que par la balance, puisqu'il est impossible de dresser d'une façon rigoureuse le bilan des échanges, en l'absence du poids normal du malade; comment savoir si les œdèmes latents ont disparu et si la déchloruration a donné des résultats.

Avec mon excellent ami, M. le Dr de Gauléjac, nous avons fait une application de cette recherche du poids normal pour évaluer la valeur des soldats au recrutement et à l'incorporation au point de vue de leur santé et de leurs aptitudes physiques (1).

Dans un chapitre ultérieur, nous chercherons quels sont les facteurs du poids normal et avec leur aide quels sont, étant donné un adulte d'un âge, d'une taille et d'une profession données, les limites dans lesquelles doit osciller son poids, pour qu'il se puisse dire en état normal.

C'est là une base indispensable. Il sera nécessaire ensuite de rechercher la somme des calories nécessaires à l'entretien de ce poids normal, en supposant l'individu à l'état de repos.

De quelles quantités doit être augmenté ce chiffre de calories chez l'individu se livrant à un travail donné?

Enfin, où l'arthritique, étant donnée l'orientation de sa nutrition, doit-il prendre ces calories?

Doit-il ne rechercher sa ration d'albumine que dans le règne végétal, comme le prétendent certains rigoristes plus théoriciens que pratiques?

Quelle est la part à faire dans son alimentation pour les hydrates de carbone, les boissons, les condiments, les fruits?

Comment doit-il absorber la quantité fixée? leur préparation, la cuisine doit elle-même être étudiée.

Le foie et l'arthritisme.

Ce sera là un intéressant chapitre de pathogénie générale que pourront inscrire à leur actif les cliniciens actuels

si, comme le font pressentir les travaux en cours, ils parviennent à mettre en évidence, à asseoir sur des bases solides le rôle capital que joue le foie dans la genèse de cette nutrition anormale à laquelle on a donné le nom conventionnel d'arthritisme.

L'hépatisme de Glenard, la famille biliaire, l'hérédité cholémique de Gilbert et P. Lereboullet, les troubles fonctionnels du foie par Bouchard, le foie et les défenses de l'organisme de Charrin, l'hypertension portale de Gilbert, font déjà pressentir qu'entre la majeure partie des accidents de l'arthritisme et l'insuffisance fonctionnelle de la glande hépatique existent des relations de cause à effet.

L'arthritique serait un taré privé des moyens de défense d'un organe important, il ferait de la mauvaise bile.

On trouverait dans ce rôle du foie, si les vues de certains auteurs prennent corps, la clef de voute d'un ensemble de faits pathologiques que l'on sent unis par le même ciment, que l'on perçoit nettement appartenir à la même filiation, sans qu'on ait pu jusqu'ici en déceler complètement le mécanisme.

Que le foie soit insuffisant dans son rôle de protection à l'égard des toxines, qu'il soit producteur de toxines lui-même, qu'il nous verse de la bile de mauvaise qualité, que son rôle de régulateur de la fonction glycogénique, de la fonction adipogène, de l'uropoïèse, la résultante sera toujours une nutrition viciée marchant vers les lésions pathologiques.

Il semble que chacun de ces troubles fonctionnels se traduise par un chapitre de l'arthritisme.

Le trouble de sa fonction glycogénique entraîne le diabète hépatique, le trouble de sa fonction biliaire se traduit par les calculs hépatiques, le trouble de sa fonction adipogène se traduit par l'obésité, son insuffisance en présence des toxines par l'auto-intoxication, sa fonction uropoïétique viciée accumule l'acide urique, etc.

Il devient le pivot d'où partent les misères de notre malade. Il faut donc si on n'admet pas qu'il est prouvé actuellement qu'il en est l'unique facteur, il faut tout au moins admettre qu'il y prend une part importante.

Cette grosse glande a de nouveau reconquis un rôle prépondérant, il semble qu'elle joue dans notre nutrition le rôle du volant des machines à vapeur régularisant les mouvements, corrigeant les à-coups. On pressent qu'un jour son insuffisance fonctionnelle héréditaire ou acquise caractérisera l'arthritisme.

A lire du reste les travaux qui ont mis en lumière ce mécanisme pathologique, il semble que nous assistions à la reviviscence sous une étiquette moderne de ce vieil humanisme qui régna en médecine pendant quinze siècles.

Cette altération humorale décrite de nos jours, c'est ce que en 1570 Paracelse appelait le tartre alimentaire des résidus de la digestion.

C'est cet atrabile de Galien que les hypocondres malades renvoyaient au cerveau sous forme d'un poison des plus dangereux.

C'est la cholestérémie d'Austin Flint.

La bile jaune et la bile verte d'Hippocrate.

Les humeurs peccantes, la pléthore bilieuse de nos aïeux du XVII^e siècle. La torpor of liver des Anglais.

Ce que nos recherches modernes appellent les acides organiques de la dyscrasie acide, les toxines que le foie insuffisant ne détruit plus.

(1) Henri-Charles Lavauzelle, éditeur militaire, 10, rue Danton, Paris, 1904. — Nouveau procédé d'évaluation physique du soldat, son application au recrutement de l'armée et à la surveillance sanitaire des corps de troupe, par MM. les Drs Bourreau et de Gauléjac.

Arthritisme et Herpétisme.

Bouchard, à qui ces théories humorales ont dû leur résurrection, a caractérisé nettement les périodes de l'arthritisme.

Dans sa période de début, alors que l'arthritisme n'a pas encore, par une longue période de troubles fonctionnels, entraîné de lésions viscérales, la cellule organique n'est pas atteinte dans sa constitution, seuls ses mouvements d'assimilation et de désassimilation sont troublés. Il ajoute plus loin : « Les accélérations, les ralentissements, les perversions de ce mouvement nutritif peuvent avoir pour conséquence un changement dans les propriétés physiologiques des particules élémentaires : elles retentissent secondairement sur la constitution des humeurs ».

Ce n'est pas la maladie, ce n'est plus la santé.

Ce trouble nutritif devient la phase préparatoire, la prédisposition, la diathèse qui plus tard provoque la lésion.

D'autres auteurs comme Lancereaux laissant de côté la théorie humorale de Bouchard, cherchant à restaurer l'herpétisme de Bazin, ont donné dans la genèse de l'arthritisme le pas à la prééminence nerveuse, ils ont modernisé les traditions de l'École de Montpellier à qui reviendra toujours l'honneur d'avoir conservé les grandes lignes symptomatiques des diathèses.

Lancereaux fait des accidents de l'arthritisme une névrose vaso-trophique caractérisée par une succession de troubles vaso-moteurs, éruptions cutanées, spasmes (laryngite striduleuse, crises d'éternuements, accès d'asthme, spasmes viscéraux) épistaxis, hémorroïdes, hémoptysies, cédèmes sous-cutanés, névralgies, dyspepsie, hypochondrie, fluxions articulaires (goutte).

Décrivant la seconde phase des troubles trophiques, il y range la calvitie, l'obésité, la glycosurie, les topus, la rétraction de certaines aponévroses, les ostéophytes, l'emphysème, enfin l'artério-sclérose envahissant le rein, le cœur et l'encéphale.

Et finalement il donne à l'ensemble le nom d'herpétisme.

On remarque qu'il n'y a dans cette distinction le plus souvent qu'une erreur de mots dont a fait justice Rendu, en écrivant dans le même chapitre du traité de Thérapeutique appliquée d'A. Robin le traitement hygiénique de ces deux diathèses.

On sent que la distinction de l'arthritisme et de l'herpétisme existe peut-être au point de vue pathogénique, au point de vue théorique, mais que lorsqu'il s'agit d'aborder les conclusions pratiques, il faut les ranger sous la même bannière.

L'esprit doit garder en présence des théories son indépendance d'observation.

Les théories ne sont utiles qu'autant qu'elles permettent une harmonieuse corrélation des faits en un système rationnel.

Les noms changent, les faits demeurent. Il ne faut pas voir dans les échafaudages hypothétiques, dans les commentaires théoriques tour à tour pronés puis décriés des faits qui se passent sous nos yeux, une preuve de faiblesse de l'esprit médical ; nous obéissons à une nécessité, il nous faut pour progresser dans l'art médical, comme aliment de nos activités, ces fils conducteurs, ces doctrines changeantes, sans quoi nous ne différencierions pas des vulgaires empiriques.

Mais nous devons savoir les abandonner, les reprendre, en changer sans entêtement et toujours céder devant un fait bien observé.

Nous nous suralimentons.

C'est une conséquence des progrès économiques qui ont augmenté la quantité et la variété d'aliments mis à notre disposition, leur circulation plus facile a nivelé leur production, leur prix. Le bien-être, le nivellement des richesses a augmenté le luxe des repas. Les tables mieux garnies dans la classe aisée ont déjà pénétré dans les familles ouvrières et paysannes.

Si l'hérédité arthritique pèse sur nos épaules, nous nous gavons par entraînement ancestral et nous aggravons notre diathèse ; si la sobriété de nos aïeux nous a donné une nutrition intacte, nous ne tardons pas, grâce à cette suralimentation journalière, à la vicier et à grimper à notre tour cette échelle de la suralimentation, en vertu de ce vieil axiome : l'appétit vient en mangeant.

Action des centres nerveux sur l'alimentation.

On ne mange pas seulement avec son estomac, on mange avec ses centres nerveux. Et la vie intensive où la production de chacun doit devenir plus active, entraîne une surexcitation nerveuse qui conduit par un chemin direct à la suralimentation.

Pour saisir clairement et pénétrer l'influence du système nerveux sur notre alimentation, il faut lire les belles recherches de Paulow. Son volume intitulé le *Travail des glandes digestives* est ce qui a paru de plus original en physiologie sur ce sujet depuis Claude Bernard. On nous permettra de l'interpréter largement et de faire jaillir de cette œuvre purement scientifique quelques conclusions qui en découlent.

Ces études ont enlevé à la physiologie de la nutrition ce cachet de chimisme et de mécanique absolus qui l'assimilaient chez l'homme à une simple élaboration des aliments dans une cornue de laboratoire ; elles ont montré que des lois biologiques précises, à l'exécution desquelles participent la moelle, le grand sympathique et le cerveau, faisaient d'elles un acte où la vie de l'individu jouait un rôle prépondérant.

Paulow détruit cette fausse conception de l'excitabilité mécanique du tube digestif, et lui substitue la notion d'une excitabilité qui varie avec les aliments, les divers points du tube digestif, l'état de jeûne ou de satiété.

Avec une habileté, avec une technique merveilleuse de précision et de méthode, qui peut servir de modèle aux chirurgiens, Paulow pratique une fistule gastrique sur un chien, il arrive même à cloisonner l'estomac, à le diviser en deux portions : l'une, grand estomac, destinée à la digestion des aliments ; la seconde, petit estomac, qui lui fournira les sucs purs sécrétés pendant cette digestion et dont l'activité sera le miroir fidèle du grand.

Sur le même animal il sectionne l'œsophage au niveau du cou. Les deux bouts sont séparés l'un de l'autre et fixés dans les angles de la plaie opératoire par la cicatrice. On obtient ainsi une séparation anatomique complète de la cavité buccale d'avec la cavité gastrique. Vient-on à donner de la viande au chien, elle retombe au dehors par l'extrémité supérieure de l'œsophage. L'estomac, complètement vide et préalablement lavé, fournit alors une sécrétion abondante de suc gastrique, sécrétion qui dure aussi longtemps que l'animal mange la viande et se prolonge même quelque temps après. On peut recueillir tous les jours 200 centimètres cubes de suc sans préjudice notable pour la

santé de l'animal. On retire en définitive à ce chien du suc gastrique comme on trait du lait à une vache.

On conçoit qu'outillé avec cette perfection que n'ont jamais atteinte ses prédécesseurs, les constatations de Paulow, interprétées par un esprit de haute envergure, aient donné des résultats inédits.

Je sortirais de mon cadre si je voulais résumer la longue suite de ses expériences instructives, je n'en veux retenir que ce qui nous intéresse.

Fait-on manger au chien décrit plus haut une certaine quantité d'un même aliment, on constate une proportionnalité presque parfaite entre la masse d'aliments et celle du suc gastrique sécrété. De plus la sécrétion suit une marche déterminée fixe pour chaque variété d'aliments ; la valeur quantitative du ferment de chaque espèce d'aliments varie suivant des lois mathématiques. Sur des colonies d'amidon les quantités de ferments sont comme les carrés des millimètres d'amidon dissous.

De plus sur des espèces d'aliments déterminées se déversent de préférence certains sucs adaptés à leur digestion.

Le suc sécrété sous l'influence du pain est différent de celui sécrété sous l'influence du lait, et de celui sécrété sous l'influence de la viande.

L'action spécifique des aliments n'est pas une excitation mécanique, puisque si vous faites avaler au chien des cailloux, quel que soit le temps qu'il les garde dans la bouche, quelle que soit la quantité qu'il avale et que rend l'extrémité supérieure de son œsophage sectionné, on ne constate dans l'estomac aucune sécrétion de suc gastrique.

L'influence des centres nerveux sur les sécrétions apparaît très nettement dans cette expérience que Paulow appelle le repas fictif.

Le chien porteur de la fistule gastrique et œsophagotomisé reçoit de la viande ; tous les morceaux ingérés sont mâchés mais retombent par l'extrémité supérieure de l'œsophage. Et cependant le suc gastrique apparaît à la fistule et de plus ce suc est adapté spécialement à la digestion de la viande ; c'est comme l'appelle Paulow du suc de viande.

L'appareil d'innervation qui préside à chaque sécrétion est spécialisé, les cellules nerveuses qui le mettent en jeu ont une spécificité adaptée à chaque sécrétion.

On peut déjà entrevoir que, puisque l'alimentation agit si puissamment pour déterminer des variations chimiques caractéristiques des glandes digestives, il se peut que, sous l'influence des conditions naturelles de la vie journalière ou du fait des régimes longtemps continués, se produisent des types donnés et stables de glandes.

L'hérédité de l'arthritisme ou sa constitution dans le cours d'une existence peut donc être liée à une modification des organes digestifs entraînant dans un sens donné la nutrition, l'orientant vers un arrêt des oxydations, lui imprimant le cachet diathésique.

L'action des centres nerveux sur la sécrétion de nos glandes digestives a peut-être encore plus de puissance que l'action spécifique des aliments.

On fait passer sous les yeux de l'animal en expérience des morceaux de viande, on les découpe devant lui, on les

lui fait passer sous le nez. Le chien s'intéresse vivement à ces manœuvres. Cinq minutes se sont à peine écoulées, le suc gastrique apparaît à la fistule, sa sécrétion augmente. Le désir passionné de l'aliment a provoqué l'activité des glandes gastriques. « L'excitation visuelle ne s'est pas montrée inférieure à celle produite par le repas fictif, « même l'a dépassée au point de vue de l'effet sécrétoire. »
Le même phénomène connu de tous met en jeu nos glandes salivaires, ce que traduit la locution vulgaire : l'eau vient à la bouche.

« Donc dans l'acte de manger, l'excitant des nerfs glandulaires est un facteur psychique qui revêt un caractère « physiologique. C'est un réflexe complexe. Sa complexité « répond à ce que le but auquel il est adapté ne peut être « atteint que par la mise en jeu synergique d'une série de « processus fonctionnels organiques. L'objet de notre activité digestive — l'aliment — se trouve en dehors de « l'organisme, dans le monde extérieur ; il exige pour « être fourni à l'organisme non seulement un déploiement « de force musculaire, mais encore l'intervention de fonctions plus élevées : le jugement, la volonté, trouvent là « à être utilisés. C'est pourquoi l'excitation simultanée des « divers organes des sens, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat « et du goût, constitue le premier et le plus puissant stimulant pour l'activité des glandes gastriques. La sensation ardente du besoin instinctif de manger se trouve « être le lien par lequel la nature persévérante et infatigable a uni la recherche et les découvertes de l'alimentation au début du travail digestif. Il est facile de « deviner que le fait que nous venons d'analyser si minutieusement se trouve en relation aussi étroite qu'il se « peut avec un phénomène journalier de la vie courante, « l'appétit.

« Ce facteur si important dans la vie et demeuré mystérieux pour la science prend enfin un caractère scientifique, et de simple sensation subjective qu'il représentait, « devient un fait concret que la physiologie peut analyser « avec précision.

« Un excellent appétit au moment du repas est l'origine « d'une sécrétion abondante et active. Là où manque « l'appétit manque aussi le suc gastrique, et rendre l'appétit à quelqu'un c'est lui assurer une sécrétion abondante « de ce suc dès le commencement du repas. »

Appétit perversi. — Besoins factices.

Que par une succession trop fréquente d'excitations, nous exagérons l'activité de ce facteur psychique qui règle nos sécrétions glandulaires, les centres physiologiques de notre cerveau se façonneront, s'habitueront à fonctionner à l'excès.

A côté des besoins réels se créeront des besoins factices, nous arriverons à la suralimentation et de là à la surnutrition de l'arthritique.

Cette perversion fonctionnelle du tube digestif aura même des conséquences plus lointaines, elle peut être léguée aux descendants, et c'est probablement ce qui explique la fréquence d'une sorte d'exagération de l'appétit chez la plupart des enfants issus d'arthritiques. Nous avons tous sous les yeux ces enfants joufflus, doués d'un appétit excessif que rien n'entrave, tout leur est bon ; leurs formes s'épaississent rapidement, ils font l'orgueil de leurs parents — vous constaterez qu'ils sont tous rejetons d'arthritiques. — Comme opposition voyez les descendants de tuberculeux, aux formes amaigries, à l'appétit variable, au-dessous de la normale, aux goûts très limités ; leur alimentation est un problème journalier pour leur entourage.

Suralimentation

Dès le bas-âge commence pour nous cette éducation alimentaire excessive. On nous donne surtout dans les classes aisées où l'hérédité de suralimentation pèse le plus lourdement ces nourrices plantureuses contre lesquelles déjà protestait J.-J. Rousseau (Emile, Livre III.)

La sollicitude des familles les gave de victuailles, de vins généreux. Des tétées trop répétées, trop abondantes, font du bébé un de ces petits anges aux saillies accentuées qui font la joie des mères.

Si l'allaitement se fait au lait de vache, la suralimentation se traduit par ces larges biberons constamment pleins que l'on trouve aussi bien chez le paysan que chez l'ouvrier.

On peut dire que l'enfant surnourri est la règle. En grandissant, la même sollicitude interviendra à la moindre défaillance. Si l'enfant est souffrant, ce sera toujours parce qu'il ne mange pas. Les cuisines les plus appétissantes interviendront.

Les vins pharmaceutiques les plus variés, les fortifiants les plus chers se trouvent sur la table des modestes comme des plus riches.

Les spécialités thérapeutiques qui couvrent nos journaux et nos murs et qui ne sont que le reflet des goûts du public sont de perpétuels encouragements à la suralimentation.

Ce ne sont que sirops substantiels, jus de viande concentrés, alcools parfumés sous le couvert d'ingénieux quinquinas, phosphates aux associations les plus nourrissantes.

Rien d'étonnant à ce que, dans l'hypothèse d'un individu appartenant à la classe aisée, l'enfant ne continue plus tard cette suralimentation.

A-t-il une vie affairée, préoccupante, il demande à la nourriture une stimulation, il mange pour se soutenir avec cette idée préconçue qu'une alimentation forte, abondante, substantielle, est une des conditions nécessaires du travail et de la santé.

Est-il inoccupé, sédentaire, il mange pour s'occuper, par gourmandise, pour obéir aux besoins factices qu'il s'est créé comme le fumeur d'opium avec sa pipe. Sa vie l'oblige à de continus écarts : dîners en ville, lunches, soirées, goûters chez le pâtissier, maintiennent son estomac en état de surexcitation constante.

Joignez à cela l'entraînement de la vie de famille, l'appétit aiguïté par les conversations, l'exemple, la tendance qu'ont tous par sollicitude à faire manger les leurs. Monsieur incite Madame à manger et tous deux font manger leurs enfants.

À voir cette suralimentation des familles aisées, on n'est plus étonné que l'arthritisme soit la rançon de l'aisance et du bien-être, la revanche de celui qui mange la vache enragée sur celui qui se nourrit de rosbœuf.

Vice de toutes les époques, puisque Cicéron disait déjà de ses contemporains : *Plures occidit gula quam gladius, est enim fons omnium malorum.*

Heureusement que pour beaucoup intervient une bienfaisante dyspepsie qui forcément sert de cran d'arrêt ; elle est dans ces cas la réaction de défense de l'organisme contre les dangers de la suralimentation, la protestation de organes surmenés ; la douleur sert de sonnette d'alarme, comme quoi ce qu'on appelle un bon estomac, trop complaisant, d'une grande puissance de digestion, peut être un danger.

Conséquences de cette suralimentation. — Surnutrition.

L'action quotidienne de cette surcharge alimentaire entraîne forcément chez un organisme qui sait merveilleusement s'adapter, momentanément tout au moins, à tous nos caprices, la constitution de fortes réserves alimentaires. La graisse ne pénètre pas seulement le tissu sous-cutané, elle infiltre tous nos organes ; nos cellules se chargent de produits de surcroît, nous sommes surnourris. Notre poids s'augmente de poids morts inactifs ; de matériaux inutilisés.

Le danger de cette surnutrition vient de l'excès dans l'organisme de substances en voie d'oxydation, la quantité de calories nécessaires à nos organes étant, en raison de cette surnutrition, demandée à une quantité plus considérable de substances à consumer, l'oxydation de ces substances est forcément ralentie.

Ainsi donc quelle que soit la genèse pathogénique de l'arthritisme ; que le foie seul soit en cause, que la théorie de la composition anormale de nos humeurs et l'auto-intoxication nous séduisent ou que nous supposions au dessus de cet ensemble un trouble du système nerveux, origine de cet ensemble, il est un fait devant lequel nous devons nous incliner, c'est que l'arthritisme comporte toujours un état de surnutrition de l'organisme.

La machine est encrassée gênée dans son fonctionnement par un excès de substances en voie d'oxydation.

S'il est vrai que cette dystrophie soit souvent héréditaire, que la prédisposition soit parfois très précoce comme on le constate chez beaucoup d'enfants de la classe aisée, il faut avouer que souvent elle se constitue de toutes pièces pendant la vie d'un individu et toujours par le même procédé de suralimentation.

L'accumulation de substances nutritives non oxydées a pour conséquence l'hyperacidité humorale qui a fait donner le nom à l'arthritisme de dyscrasie acide.

L'organisme malade peut fabriquer sans ingestion de l'acide oxalique par simple perversion nutritive.

Les gros mangeurs ont la peau odorante par les acides gras volatils, à la combustion desquels s'oppose le ralentissement de la nutrition, ce que les Japonais mangeurs de riz ne connaissent pas et appellent l'odeur d'européen.

Cette réaction humorale acide est une des causes de l'hyperchlorhydrie qui par un choc en retour, comme les expériences de Paulow le démontrent, entraîne un plus grand appétit pour la viande, une production plus intense de suc adapté à la digestion des albuminoïdes, de suc de viande et constitue un cercle vicieux.

L'arthritique est un hyperacide qui mange trop et qui continue à manger parce que ses réactions l'adaptent à manger encore plus.

La diminution de l'alcalinité de la bile entraîne une précipitation plus facile de la cholestérine (Lithiase biliaire).

La diminution des sécrétions muqueuses (constipation, etc....)

L'acidité de la sueur favorise les lésions cutanées, la culture du sebum-bacille de Sabouraud (eczémas seborrhéiques, calvitie précoce, acnés seborrhéiques.)

On a cherché à contester les conclusions qui donnaient l'hyperacidité humorale comme caractéristique de l'arthritisme, à l'aide de vues que seules étayaient des recherches chimiques et dénuées de sanction clinique.

M. Joulia s'est fait le champion de l'hypoacidité comme réaction générale des arthritiques.

Nous avions, antérieurement à ces recherches, défini le terrain arthritique un sol hyperacide, surminéralisé, riche en chlorures aux dépens de la soude et de la magnésie (1).

M. Joulia est venu contester ces faits en prenant pour types des arthritiques en état de lésions viscérales avancées, âgés, ayant déjà parcouru les étapes intermédiaires, en état de déchéance.

Mais personne, pas plus que moi, n'a jamais prétendu que l'arthritique était à perpétuité condamné à l'hyperacidité, ce serait mal connaître les lois biologiques.

Que dans la seconde période la nutrition en état de déchéance, mal servie par un foie insuffisant, un rein d'une perméabilité douteuse un réseau artériel sclérosé, se rapproche de l'alcalinité humorale, de la misère physiologique des tuberculeux, rien d'étonnant.

C'est là une réaction secondaire, ultime, une façon d'aboutir mais non une caractéristique du terrain primitif.

Alcalinisation.

Un fait expérimental incontesté vient à l'appui de ces idées. Toutes nos méthodes de traitement sont depuis longtemps basées sur l'heureuse influence de l'alcalinisation dans le cours des misères arthritiques. Vichy est là pour le prouver (2).

Et nous pouvons déjà pressentir que dans le régime alimentaire cette alcalinisation doit être un des buts à ne pas perdre de vue.

On m'accordera bien volontiers qu'il est plus logique de chercher à remplir ce desideratum à l'aide de l'alimentation journalière dont l'action persistante, moins fugace que toute action thérapeutique, modifiera plus profondément la déviation vers l'acidité que toutes nos médications.

Quand on veut s'en rendre compte, on s'aperçoit que déjà les prescriptions empiriques que la tradition a conservées sont toutes orientées vers l'alcalinisation par les aliments, de même que nos prescriptions usuelles pour les tuberculeux, malades à combustions exagérées (Binet et Robin) ont toutes le but de les rendre hyperacides.

Diminuent l'acidité: les végétaux, les fruits même acides, les régimes restreints.

Augmentent l'acidité: le lait, les viandes, les graisses, les œufs en quantité notable, la suralimentation.

Il y aura donc lieu, dans le choix des aliments, à tenir compte pour les arthritiques de leur aptitude plus ou moins grande à acidifier ou à alcaliniser l'organisme.

Régime restreint. — Cure d'inanition.

L'hérédité de l'arthritisme n'implique pas qu'une réaction soit impossible. La déviation de la nutrition n'est pas fatale, elle ne constitue pas une malformation analogue à celle que peut donner l'hérédo-syphilis.

On conçoit que si les premiers efforts n'aboutissent pas à un résultat complet pour une génération, ils peuvent devenir plus accentués à la seconde ou plus tard.

Quant aux malades qui ont eux-mêmes fabriqué leur diathèse, la solution est évidemment plus facile. Il leur

suffira, chose cependant difficile en matière d'habitude, de vouloir.

Quel sera le remède? Le régime restreint — à maladie de surnutrition il est logique d'opposer un traitement basé sur la sous-nutrition.

Notre régime devra donc avant tout être un régime de quantités.

L'expérience a déjà du reste sanctionné cette conclusion logique; nous savons tous qu'en dehors du régime restreint il n'existe pas de cure de l'obésité.

Ce ne sera pas un fait nouveau que d'énoncer cette vérité et il est possible d'en fournir la preuve tous les jours chez les malades qui souffrent de ce que l'on peut appeler *les misères du petit arthritisme*.

Soumettez passagèrement, sans aucune médication, un malade atteint de douleurs rhumatoïdes, de neurasthénie passagère, de sciatique, de céphalalgie sans-cause, de vertiges à ce que j'appelle une *cure d'inanition*, c'est-à-dire à un régime insuffisant comme quantité d'aliments. Vous serez étonné de voir disparaître ces troubles persistants, ces névralgies que rien ne touchait, ces migraines incurables. Le malade revient plus dispos, il a un peu fondu, mais il est plus actif; la marche qui lui était pénible devient facile; le travail cérébral qui s'accomplissait lentement devient agréable, il a retrouvé par une diète passagère sa vigueur et ses forces.

Il semble que l'organisme soumis passagèrement à une *cure de famine*, obligé de faire aliment de tout ce qu'il peut utiliser, résorbe, utilise les matériaux nuisibles qu'a accumulés une suralimentation antérieure. Il se désintoxique par nécessité.

Cette cure est instructive chez le dyspeptique qui souvent, après avoir épuisé l'arsenal pharmaceutique, arrive de lui-même à restreindre son alimentation et s'en trouve bien.

A lire à ce sujet l'histoire médicale de la dyspepsie du Dr Bardet (Leçons cliniques hôpital de Pitié);

La communication de Raffray (société thérapeutique 24 juin) sur son observation personnelle.

En dehors de cette question de quantité, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il y aura lieu de choisir les aliments qui réaliseront pour l'arthritique une alcalinisation naturelle, il sera également nécessaire de chercher les substances alimentaires qui s'oxydent le mieux et le plus vite, et celles qui produisent le moins de toxines.

Je réserve toutes ces questions pour un chapitre ultérieur.

ÉTUDE DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS OBTENUS DANS LA CHIRURGIE DU CANCER

Par le Dr LAPEYRE.

Cette question — les résultats éloignés obtenus chez les cancéreux par l'intervention chirurgicale — a de tout temps en raison de son importance suscité l'attention de tous, et avant nous d'autres générations ont cherché à établir le bilan de l'acte chirurgical dans la thérapeutique du cancer.

Les conclusions de nos devanciers pouvaient, je pense, se formuler à peu près ainsi :

Le cancer, maladie terrible d'origine inconnue, abandonné à lui-même ou traité médicalement, tue presque à coup sûr.

L'exérèse chirurgicale d'une lésion localisée n'empêche pas la récurrence et l'issue fatale.

(1) Terrain tuberculeux, terrain arthritique. Dr Boureau. *Société d'Éditions scientifiques*. Paris, 1898.

(2) L'acide phosphorique libre comme facteur d'hyperacidité. — Dr Boureau. *Gazette du Centre*, 1900, p. 177.

Dans un nombre de cas dont la proportion difficile à fixer reste certainement faible et seulement dans les tumeurs de certains organes, la récurrence n'a pas lieu.

Il existe une échelle de gravité d'après l'organe atteint (les cancers cutanés peuvent être mis à part pour leur bénignité) d'après aussi la forme du cancer, mais ceci reste plus mystérieux. Faute de mieux nous recourons à l'intervention chirurgicale puisqu'elle donne certains succès définitifs et retarde d'habitude la marche de l'affection.

La guérison du cancer ne sera obtenue que par un traitement médical spécifique de l'affection.

Ces conclusions n'avaient rien que d'incertain et par suite de provisoire, une seule chose était certaine : l'impuissance du médecin, l'action insuffisante du chirurgien.

Dans ces dernières années, nous n'avons pas appris grand chose de nouveau sur le cancer lui-même si ce n'est les probabilités de son origine parasitaire ; mais de nouveaux agents thérapeutiques ont été mis en œuvre, et la chirurgie elle-même abandonnant ses vieilles routines est devenue sans cesse plus hardie dans sa lutte contre le cancer.

Les progrès énormes résultant de l'évolution moderne de la chirurgie devaient transformer la chirurgie du cancer au même titre que la chirurgie tout entière.

Je crois cependant qu'il est juste de dire que les progrès de l'acte opératoire (Y.) ont été plus lents que dans toutes les autres parties de l'art chirurgical. Et cela était logique, si l'on veut bien y réfléchir.

La chirurgie a d'abord pris son plus merveilleux essor là où tout était à créer, où les pratiques anciennes n'entraient pas la voie.

La chirurgie abdominale, la chirurgie orthopédique devaient d'abord accaparer toute l'attention des premiers opérateurs de la période antiseptique.

Les brillants succès obtenus, grandis encore par leur nouveauté, étaient singulièrement plus flatteurs que les médiocres résultats obtenus par l'ablation « des coxonomes. »

Ainsi, pendant quelque temps avec plus de sécurité et à peine plus d'audace la chirurgie moderne se contenta de répéter les opérations faites jadis contre le cancer.

Mais bientôt apparaît l'importance d'enlever d'un bloc avec la tumeur toutes les trainées lymphatiques et les chaînes ganglionnaires.

Plus tard, la nécessité de faire des ablations énormes sans proportion avec le développement de la tumeur se précise encore.

Si bien qu'une exérèse d'aujourd'hui pour une tumeur donnée n'a plus que de lointains rapports avec l'exérèse jadis employée en pareil cas.

Actuellement encore notre thérapeutique chirurgicale va sans cesse se modifiant, s'agrandissant, pourrait-on dire, et il n'est pas une variété de cancer : langue, sein, utérus, rectum, etc. pour laquelle des techniques opératoires nouvelles n'aient été récemment décrites.

Les succès que nous obtenons sont-ils en rapport avec les perfectionnements de technique que nous avons créés.

Le bilan du cancer est-il moins sombre aujourd'hui qu'au temps de nos devanciers ?

Hippocrate dit non et Galien dit oui !

Pour les uns — pas mal de médecins et quelques chi-

urgiens — nous avons beau reculer jusqu'à l'in vraisemblable les limites de l'acte opératoire, le cancer, maladie générale, récidive toujours ou presque toujours.

Les cancroïdes cutanés ! N'en parlons pas, l'arsenic, le chlorate de potasse, les rayons X, le radium, etc. les guérissent. Ce ne sont pas des cancers.

Ceux de la lèvre ! oui encore. Mais après tout la lèvre n'est que de la peau à peine modifiée.

Les cancers de la langue, du rectum, de l'utérus jamais, du sein pas plus.

Parfois il est vrai, il n'y a pas de récurrence in situ, mais l'opérée du sein meurt de généralisation à la plèvre, à la colonne vertébrale.

Il y a quelque chose de changé, mais ce n'est pas le résultat final.

Le malade meurt plus tard peut-être, plus tôt aussi quelquefois.

Les guérisons chirurgicales — car il y en a quelques-unes — sont vraisemblablement des erreurs de diagnostic.

Avez-vous fait un examen histologique ?

Non, alors, nous n'y devons pas croire.

Vous en avez fait un, c'est qu'il y a eu maladresse. L'histologiste a pris une métrite pour un cancer, une tumeur inflammatoire pour un sarcome, cela s'est vu et se verra.

Et pour conclure, ces pessimistes se divisent en deux écoles : les plus nombreux nient l'efficacité d'aucune thérapeutique, les autres renvoyant le cancer au sulfate de quinine et au cacodylate ou encore aux rayons X et au radium au enfin à un sérum XXX.

Pour les autres, les optimistes, les opérateurs larges, déposer le bistouri est un crime.

Le cancer est une maladie locale ; beaucoup de récurrences, les récurrences rapides in situ, ne sont nullement des récurrences véritables. L'opération a été incomplète parce que tardive ou pusillanime, le cancer a continué.

La vraie récurrence se fait plus tard à distance.

Il suffit donc d'améliorer nos techniques opératoires pour améliorer dans des proportions importantes nos résultats ; les récurrences rapides les plus nombreuses disparaîtront.

Certes, la chirurgie n'a pas la prétention d'être le traitement spécifique du cancer, mais elle peut améliorer considérablement le sort des cancéreux.

N'est-il pas, du reste, probable qu'alors même que nous serions en possession du traitement spécifique véritable, l'exérèse resterait le complément obligé du traitement général.

Le Prof. Poirier s'attaquant au cancer réputé à juste titre le plus incurable, l'épithélioma de la langue, présentait récemment à la Société de chirurgie deux malades guéris et attribuait ses succès à une technique nouvelle combinée à l'ablation systématique bilatérale des ganglions cervicaux.

Entre ces deux opinions si opposées ! qui croire aujourd'hui. La question est d'importance pour le malade, elle redevient d'actualité brûlante à l'heure où prennent naissance des thérapeutiques nouvelles : Rayons X, radium, injections de sérum, qui seules ou combinées à l'ablation chirurgicale ont donné des guérisons.

Il faut que le chirurgien sache jusqu'à quel point il fait œuvre utile en s'attaquant au cancer, que le médecin, qui le premier d'habitude conseille l'intervention, soit fixé sur le degré de réalité des espérances mises en l'acte chirurgical.

Je pense donc qu'en recherchant ce que deviennent nos opérés pour cancer, nous faisons œuvre de quelque intérêt.

De grosses statistiques seules peuvent, il est vrai, mettre la chose au point; que chacun apporte donc sa pierre, grosse ou petite.

Ces relevés sont malheureusement fort difficiles à faire, bien des malades disparaissent sans laisser de nouvelles, d'autres meurent sans que la cause de leur mort puisse être établie.

Il serait bon que chacun d'entre nous s'intéressât à cette question, la survie des cancéreux opérés. Les documents fournis ne présenteraient plus cette lacune si fâcheuse d'une colonne trop chargée de « malades sans nouvelles ».

Je donne ici la statistique de tous les cancéreux à qui depuis mes débuts, c'est-à-dire depuis la fin de 1893, j'ai fait l'opération radicale, l'exérèse avec succès. Ne figurent pas dans ces chiffres les cancers cutanés non compliqués d'envahissement ganglionnaire dans lesquels la guérison est la règle, et la récurrence l'exception.

Ces malades, dans les résultats pris en bloc de la chirurgie du cancer, amélioreraient en effet la proportion des guérisons de façon à donner une fausse idée de la réalité.

Je groupe bien entendu par organe et par région les cas observés en faisant la distinction des épithéliomas et des sarcômes.

Peut-être vaudrait-il mieux laisser de côté complètement les sarcômes.

Les connaissances actuelles, malheureusement insuffisantes, nous font étiqueter sous ce titre des faits sans doute disparates.

Mais au point de vue pratique il paraît difficile de laisser complètement de côté ces tumeurs. Elles figureront donc dans ma statistique.

Qu'il me soit permis de faire encore observer que bien peu de mes malades ont été opérés *précocement*, au *début*. Les cancéreux sont légion, et si beaucoup sont déjà inopérables, bien peu viennent de bonne heure au chirurgien. La plupart attendent l'éveil de la douleur et il est déjà bien tard.

Bien des malades ont été opérés, alors que j'étais déjà d'avance convaincu de l'impuissance de l'acte chirurgical. J'ai vu cependant dans quelques-uns de ces cas en apparence mauvais, la récurrence tarder ou ne pas se faire. Ce peu de certitude de nos pronostics d'avenir basés sur l'examen clinique me fait donc considérer comme un devoir d'opérer, comme le dit éloquemment le D^r Faure, souvent quand même, pourvu toutefois que l'exérèse totale soit jugée possible.

Tableau de tous les cancéreux ayant subi l'opération radicale de la fin de 1895 à la fin de 1903.

A. RÉGION DE LA FACE.

1° Epithéliomas cutanés avec envahissement ganglionnaire.

8 — Guéris 3, morts de récurrence 4, sans nouvelles 1.

Proportion des guérisons au moins égale à 37 5 0/10.

3 s'accompagnaient d'envahissement des ganglions sous-maxillaires; 3 récurrences; survie: 6 mois, 8 mois, 3 ans.

2 s'accompagnaient d'envahissement des ganglions parotidiens.

1 guérison datant de 8 ans, 1 récurrence avec survie 10 mois.

3 s'accompagnaient d'envahissement des ganglions carotidiens.

2 guérisons datant de 4 ans 1/2, 1 sans nouvelle.

Sur ces 8 malades 2 n'ont pas récidivé, l'un depuis 8 ans (tumeur de la joue envahissant la parotide), 1 depuis 4 ans 1/2) tumeur avec ganglions carotidiens envahis jusqu'au milieu de la région cervicale.

Un 3^e malade, une femme de 45 ans, présentant comme le malade précédent un cancer de la face avec envahissement total de la chaîne carotidienne, opérée il y a 4 ans 1/2, a récidivé sur place dans la joue au bout d'un an. Réopérée elle s'est maintenue, guérie depuis.

Donc sur 8 opérés, 3 sont guéris à l'heure actuelle.

Je n'ai pas de nouvelles du 3^e malade opéré avec ablation des ganglions carotidiens.

Les 4 autres sont morts: un avec sa tumeur parotidienne au bout de 10 mois.

Les 3 malades ayant un envahissement des ganglions sous-maxillaires ont récidivé, 2 au bout de six mois, le 3^e n'a récidivé qu'au bout de 2 ans, et a eu une survie de 3 ans.

Cette proportion de 3 guérisons au moins sur 8 est presque inespérée. Je signalerai particulièrement cette tumeur envahissant les ganglions parotidiens et guérie depuis 8 ans, et cette malade chez laquelle la récurrence survenue au bout d'un an établit bien la malignité de la tumeur. Dans tous ces cas, les ganglions étaient indiscutablement cancéreux.

L'envahissement des ganglions sous-maxillaires semblerait comporter un pronostic particulièrement sévère.

Je dois dire que la technique que j'ai suivie me paraît aujourd'hui insuffisante, à l'avenir j'imiterai le D^r Morestin et ferai l'ablation totale du contenu de la loge sous-maxillaire: glande, ganglion, etc.

Les résultats obtenus dans l'extirpation de la chaîne carotidienne me permettent de croire à une amélioration probable des résultats.

2° Fibrosarcôme de la joue.

1 ablation, 1 guérison depuis 16 mois;

Il s'agit d'une tumeur énorme développée depuis des années et ayant pris brusquement un énorme volume en 3 ou 4 mois.

Quoique la date de l'opération soit récente, il est permis d'espérer, en raison de l'évolution clinique de la tumeur et de sa structure histologique, que la guérison sera définitive.

3° Epithéliomas de la paupière.

3 ablations. — Récurrences 2. 1 malade perdu de vue après 1 an, un réopéré 3 fois en 3 ans 1/2, la dernière fois, il y a quelques mois.

Un 1^{er} cas sans envahissement de l'œil a récidivé au bout de 2 ans. Réopéré, il n'a jamais été revu.

Un 2^e malade avait l'œil envahi, l'exérèse totale faite avec énucléation de l'œil a donné une guérison qui a pu être suivie pendant un an. Depuis pas de nouvelle.

Un 3^e malade opéré à 3 reprises en 3 ans par un oculiste de nos confrères, m'a été confié pour une 4^e récurrence dans le squelette de la face et la cicatrice. L'ablation de la cicatrice, l'évidement osseux ont été suivis 3 mois d'une récurrence légère dans la cicatrice.

5° opération il y a quelques mois.

Le malade à l'heure actuelle n'a pas de récurrence.

La malignité de ces tumeurs de la paupière paraît donc à un certain degré de développement très grande. Les chirurgiens ne voient guère que les formes graves, les autres consultant plus volontiers l'oculiste.

La guérison complète n'a probablement été obtenue dans aucun de ces 3 cas, dont 2 malheureusement n'ont pu être suivis.

Il semble en tous cas que les récurrences peuvent être plusieurs fois réopérées et que la survie est du moins très longue.

Autre avantage, ces malades opérés ne souffrent pas et il serait vraiment cruel de leur refuser le bénéfice de l'intervention.

4° Epithéliomas de l'oreille.

1 ablation. 1 guérison. 2 ans 1/2.

5° Epithéliomas du nez :

a. Epithéliomas de la narine.

1 épithélioma de la narine opérée il y a 5 ans ; récurrence sur place au bout de 3 ans. — Plus de nouvelles.

1 autre a été suivi, guéri, 18 mois.

b. 1 Tumeur de la cloison. Récurrence rapide.

c. 2 Myxoépithéliomas du naso-pharynx. 2 ablations incomplètes ; continuation des accidents. Mort en quelques mois.

d. 5 épithéliomas de l'aile du nez. 5 ablations, 3 guérisons — 1 récurrence — 1 sans nouvelles.

Mettant à part les tumeurs intranasales chez lesquelles la récurrence est presque constante et particulièrement ces myxoépithéliomas dont l'ablation complète est vraiment bien difficile à réaliser en raison surtout de leur diffluence, nous voyons que les tumeurs de l'aile du nez et même celles de la narine guérissent dans la majorité des cas. 7 opérations — 4 guérisons — 2 récurrences : l'une opérée au bout de 3 ans — 1 sans nouvelles ; soit une proportion de 57 0/0 au moins.

6° Epithéliomas de la lèvre.

25 opérés. Non récurrences depuis 18 mois à 8 ans : 16. Récurrences : 4. — Sans nouvelles : 5 ; soit une proportion de guérisons, au moins 64, au plus 84 0/0.

Les 16 malades sans récurrence se répartissent ainsi : 1 opéré en 1896 vit sans récurrence en 1904, soit 8 ans. 2 opérés en 1897 vivaient sans récurrence, l'un en 1902, soit 5 ans ; l'autre en 1900, soit 3 ans.

Sur 6 opérés en 1899, 4 n'ont pas eu de récurrence, soit 5 ans.

3 opérés en 1900 n'ont pas récurrence.

2 en 1901, 1 en 1902, 3 enfin en 1903 vivent sans récurrence.

Ecartant ces 3 derniers restent encore 13 malades qu'on peut espérer guéris.

Je dis seulement espérer, car j'ai moi-même parmi mes opérés : 2 malades opérés une première fois, l'un par A. Guérin il y a 16 ans, l'autre à Tours il y a 10 ans.

Tous deux du reste se sont maintenus guéris. Sur ces 16 malades guéris 6 avaient les ganglions envahis, ce qui n'a pas empêché la guérison. Point intéressant, sur les 4 récurrences que j'ai constatées, 2 fois il s'agissait déjà de récurrences chez des malades opérés à la campagne par le procédé simple du V. Une fois au moins, lors de l'excision, il y avait déjà des ganglions.

On ne saurait donc trop s'élever aujourd'hui contre une intervention dont la simplicité n'excuse plus l'insuffisance.

Quelque limité que soit le cancer, il faut enlever toute la lèvre et faire de l'autoplastie à la façon du Dr Morestin. Agissant ainsi et précocement, la récurrence sera exceptionnelle, ou ne surviendra qu'au bout de longues années.

Et dans ce dernier cas comme chez les 2 malades réopérés par moi après 10 et 16 ans, on peut se demander si c'est bien là une récurrence véritable ou un nouveau cancer.

7° Epithéliomas de la langue.

4 ablations, 4 récurrences en quelques mois.

L'extirpation ne m'a donné dans ces 4 cas qu'un résultat négatif, ce qui jusqu'ici était considéré comme la règle.

MM. Poirier, Ricard, etc., ont publié dernièrement à la Société de chirurgie des séries heureuses. Leurs succès s'expliqueraient par de hardis perfectionnements à la technique ancienne.

Leur exemple mérite d'être suivi, car les procédés anciens donnent de si déplorables résultats que l'abstention était en train de devenir la règle pour la plupart des chirurgiens.

Si nous résumons dans un tableau d'ensemble les résultats obtenus dans la chirurgie des cancers de la face, je trouve que 51 opérés ont donné un minimum de 21 guérisons, un minimum de 17 morts

Soit une proportion de guérisons égale au moins à 42 0/0 avec des succès appréciables chez nombre de malades récurrences.

Et si nous soustrayons de ces chiffres les tumeurs intranasales et buccales, 7 avec 7 morts, nous trouvons pour les cancers « extérieurs » :

41 opérations avec un minimum de 21 guérisons — et 10 morts seulement constatées.

Soit une proportion de 51 0/0 au moins, de 78 0/0 au plus.

Ceci légitime largement la cure opératoire des cancers de la face, et il est permis en effet de penser que si les cancers des voies nasale et buccale ne donnent guère que des insuccès, c'est que nos techniques opératoires sont insuffisantes.

HÉMORRHOÏDES
La Pommade Royer
FISSURES ANALES
 vaso-constricteur local, présentée sous la forme de *Pommade molle*, et sous celle de *Suppositoires*, est le Véritable Spécifique de ces Affections.
L'ESSAYER avant toute intervention.
 Pharmacie A. DUPUY, 225, rue Saint-Martin - PARIS

Avec de meilleures techniques seulement, il sera possible d'établir le plus ou moins de malignité réelle de ces tumeurs.

Tumeurs malignes du cou.

1° *Tumeurs ganglionnaires :*

Ablations 4. { 3 récidives — 3 morts —
1 guérison

Proportion de guérisons, 25 0/0.

Les 3 récidives rapides ont suivi l'ablation de lympho-sarcômes ganglionnaires.

Un épithélioma branchial opéré a donné une guérison durable.

Les 3 récidives résultent d'opérations en réalité incomplètes et peut-être à peine justifiées.

2° Un épithélioma du corps thyroïde (diagnostiqué histologiquement) n'a pas récidivé depuis 3 ans.

Soit : total 5 opérations — 2 guérisons = 40 0/0 de succès sinon de guérisons.

C. TUMEURS MALIGNES DU TRONC

ET DES MEMBRES.

a. — *Épithéliomas.* { 1 ablation chez l'homme pour épithélioma du mamelon avec ganglions axillaires. 1 guérison.

b. — 3 *Amputations du membre.* { 2 guérisons { 3 ans.
1 récidive 2 ans après. { 2 ans.

La réamputation a assuré une guérison maintenue jusqu'à ce jour, c'est-à-dire plus de 2 ans.

Les deux cas non récidivés concernent des épithéliomas de la main.

Un épithélioma du pied récidive après une ablation faite il y a 6 ans par un autre chirurgien, a récidivé sur le moignon d'amputation de la jambe 2 ans après.

Une amputation de la cuisse a dû être faite à nouveau pour être cette fois suivie de succès.

2° *Sarcômes :*

1 sarcôme du thorax, 1 guérison datant de 12 mois.

1 sarcôme vasculaire de la cuisse. Récidive au bout de 8 mois. La survie est de 26 mois.

5 sarcômes aponévrotiques de la cuisse et du creux poplité ; 4 ont récidivé. 1 sans nouvelles.

2 ont récidivé au bout de 3 mois, sont morts en 6 ou 7 mois.

1 a récidivé au bout de 5 mois ; réopéré, n'a récidivé que 18 mois après pour succomber 2 ans après sa récidive.

1 autre malade, une femme atteinte de sarcôme du creux poplité, a subi 3 opérations.

La 1^{re} vers la fin de 1895, faite par le Dr Herpin, a été suivie de récidive au bout de 3 ans.

La 2^e faite par moi a été suivie 3 ans après d'une nouvelle intervention.

Nouvelle récidive au bout de 2 ans. La malade succombe seulement en janvier 1904 près de 2 ans 1/2 après la

1^{re} intervention. Elle s'est refusée à subir l'amputation de la cuisse qui eut pu la sauver.

Au résumé sur 4 malades qui ont été suivis, 2 fois le résultat a été nul. Mais 2 autres fois, soit dans 50 0/0 des cas la survie a été très appréciable : 2 ans 1/2 dans un cas, plus de 2 ans dans l'autre.

L'action chirurgicale, dans les sarcômes pires que les épithéliomas, est donc encore réelle.

3. *Ostéosarcômes :*

- 1 du maxillaire inférieur. Mort par récidive pulmonaire un an après.
- 2. { 1 du tibia. La résection obtenue ayant été suivie d'une récidive rapide, je pratique l'amputation de la cuisse.

Le malade meurt 18 mois après sans récidive.

Soit 1 récidive, 1 guérison maintenue pendant 18 mois jusqu'à une mort fortuite.

Il est assez intéressant de signaler que la résection du maxillaire inférieur n'a pas été suivie de récidive in situ.

La vie du malade a été sinon beaucoup prolongée, du moins rendue singulièrement plus heureuse. La mort brusque de la récidive pulmonaire n'est en effet guère comparable avec la mort affreuse du cancer des voies buccale et pharyngée.

4. *Sarcômes ganglionnaires de l'aîne :*

3 ablations — 2 récidives suivies de mort en 4 et 6 mois.

Dans le 3^e cas une 2^e opération pour une récidive survenue au bout de 3 mois, a assuré jusqu'à ce jour, soit 16 mois, la guérison.

Au résumé, 2 résultats négatifs, 1 résultat positif.

Et si nous reprenons en bloc les chiffres de cette chirurgie du sarcôme, nous voyons que :

12 opérations ont donné 8 récidives, 3 guérisons d'assez courte durée, il est vrai, 1 malade perdu de vue, soit 25 0/0 de succès sinon de guérison absolue.

Et si l'on compte comme demi-succès cette malade ayant survécu plus de 8 ans, grâce à des opérations répétées, nous voyons que la chirurgie prolonge l'existence d'une longue période dans au moins 33 0/0 des cas de ces sarcômes réputés à juste titre si malins.

D. CANCER DU SEIN,

Avec le cancer du sein nous touchons à l'un des points les plus intéressants de l'étude des résultats éloignés de l'ablation chirurgicale.

Par sa fréquence, le cancer du sein permet l'établissement de statistiques nombreuses ; les femmes s'aperçoivent souvent assez vite du développement de la tumeur et l'intervention est souvent assez précoce.

Enfin la région se prête bien aux ablations étendues, la poursuite des chaînes ganglionnaires loin du foyer initial est relativement facile.

Pour toutes ces raisons le cancer du sein, mieux peut-être que tout autre, se prête à une étude sérieuse de la question.

Ajoutons encore que quoique considéré comme fort grave, l'épithélioma du sein paraît cependant beaucoup moins malin que les cancers de la langue, du rectum ou de l'utérus.

La chirurgie doit donc ici obtenir des résultats assez brillants ; les statistiques fournies paraissent l'établir : voyons ce que donnera celle-ci.

Je tiens à bien spécifier que dans les chiffres ci-dessous ne figure aucun cas d'épithélioma du mamelon, c'est-à-dire de tumeur cutanée.

Un cas d'épithélioma du mamelon avec envahissement des ganglions axillaires figure dans cette statistique, mais au chapitre des tumeurs malignes du thorax.

Il ne s'agit donc que de tumeurs du sein toutes comparables entre elles.

Quelques cas douteux, dans lesquels l'absence de ganglions axillaires et l'absence d'examen histologique probant ne permettant pas d'affirmer le cancer, n'ont pas été comptés.

Je crois pouvoir affirmer qu'il ne reste dans cette statistique que d'authentiques épithéliomas.

De fin 1895 à juillet 1903, car j'ai voulu arrêter cette statistique un an au moins avant la publication actuelle, j'ai opéré 54 malades, certaines ont été opérées 2 et même 3 fois.

3 malades étaient atteintes de récurrence après une opération incomplète faite à la campagne. Ces 3 malades ont récidivé à nouveau, et il est légitime de ne pas les faire entrer en ligne de compte.

Sur 51 malades, 16 ont été perdues de vue, soit immédiatement, soit moins d'un an après l'opération.

35 ont été suivies. Sur ces 35 malades 21 sont à l'heure actuelle guéries depuis un an au moins. 2 ont été réopérées.

Ces 21 guérisons remontent aux époques suivantes :

1 opérée la première fois il y a 15 ans par un autre chirurgien, a récidivé au bout de 8 ans. Réopérée, la guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui (7 ans).

1 est guérie depuis 8 ans.

2 depuis 6 ans.

2 depuis 5 ans (l'une est morte au bout de ces 5 ans d'une maladie intercurrente.)

3 depuis 4 ans ;

4 depuis 3 ans ;

3 depuis 2 ans ;

2 depuis 18 à 20 mois ;

3 depuis 14 à 17 mois.

En admettant la guérison comme sûrement acquise au bout de 3 ans, il y aurait donc au moins 13 malades radicalement guéries.

Soit à peu près 26 0/0 chiffre inférieur à la réalité, puisque les années 1901, 1902 et 1903, sur un chiffre d'opérations annuelles plus élevé, ne peuvent manquer de fournir d'autres succès définitifs.

Il y a du reste un moyen plus certain d'établir la proportion de guérisons définitives, c'est de reprendre les années les plus anciennes et d'établir la proportion de guérisons vérifiés par le temps.

En procédant ainsi j'obtiens :

1895 : 2 opérations, — 1 guérison suivie pendant plus de 3 ans.

1896 : 4 opérations — 1 guérison suivie jusqu'à l'heure actuelle, soit 8 ans.

1897 : 5 opérations, — 2 guérisons, — 1 suivie 5 ans,

jusqu'à la mort par maladie intercurrente : 1 suivie jusqu'en 1903.

1898 et 1899 : 11 opérations ou plutôt 9 en soustrayant 2 malades venues me trouver pour une récurrence après ablation incomplète non chirurgicale ; 3 guérisons.

1900 : 7 opérations, 4 guérisons, 3 suivies seulement plus de 3 ans jusqu'à maintenant.

Au total pour ces 6 années 29 opérations, 10 guérisons suivies plus de 3 ans, ce qui donne une proportion de guérisons de 34 0/0.

Cette proportion paraît assez exacte, car supérieure à la proportion forcément inexacte de 26 0/0 la première obtenue, elle reste inférieure à la proportion trop forte obtenue en admettant en bloc 21 guérisons sur 51 opérations, égale elle-même à 41 0/0 et en représente presque exactement la moyenne. Le chiffre des guérisons doit donc être égal ou supérieur dans ma statistique à 34 0/0, puisqu'il est possible d'espérer que les 16 malades disparues sans laisser de nouvelles n'ont pas toutes récidivé.

En regard de ce chiffre des succès obtenus, celui des décès par récurrence s'établit malheureusement plus gros.

Sur 35 malades suivies, 14 ont récidivé (je continue à retrancher les 3 récurrences), soit une proportion de 40 0/0 au moins.

Que sont devenues les 16 restantes, la proportion des récurrences dans ce camp est vraisemblablement très forte et le chiffre exact des récurrences déjà survenues doit être singulièrement près du maximum de 59 0/0.

Le calcul des guérisons définitives arrêté à 34 0/0 établit du reste la proportion des récurrences au delà de 3 ans à plus de 59 0/0 à 66, 0/0 des 2/3.

1 malade sur 3, peut-être un peu plus, obtiendrait la guérison.

L'étude des récurrences prouve que ces résultats vont s'améliorant avec les techniques nouvelles plus larges — compensant par de grandes autoplasties les larges pertes de substance. Je constate en effet dans mes relevés que de plus en plus mes malades, lorsqu'ils succombent, succombent à des complications viscérales et non à des récurrences locales. Ainsi la proportion des guérisons définitives s'élèvera en même temps que, d'autre part, la durée de la survie augmentera dans les cas récidivés.

Même dans ses échecs, la chirurgie reste encore bienfaisante dans la thérapeutique des cancers du sein.

Sur 15 malades dont j'ai pu suivre la récurrence, 1 n'est pas encore morte depuis 2 ans 1/2.

Les 14 autres ont eu en bloc une survie de 22 ans 1/2 — soit 25 ans (au moins) pour 15 malades — ou une survie moyenne de 20 mois.

Quelques malades ont eu des survies vraiment longues, au prix, il est vrai parfois, d'une nouvelle opération.

1 malade réopérée au bout de 4 ans a vécu 7 ans.

1 avec une récurrence locale et, dans l'autre sein a survécu 4 ans 1/2.

1 a vécu plus de 3 ans 1/2.

1 réopérée au bout de 2 ans succombe après 3 ans.

1 autre succombe 2 ans 1/2 après d'une pleurésie hémorragique.

5 succombent à une maladie intercurrente au début d'une récurrence axillaire.

1 vit encore après 2 ans 1/2.
7 ou 8 malades donc sur 15 ont vraiment bénéficié dans une mesure appréciable de l'opération.

Ajouterai-je encore que plusieurs de celles qui ont succombé rapidement ont succombé à une complication viscérale; 3 encore à une pleurésie hémorragique.

Leur mort a été pour elles imprévue, sans souffrance et l'affreuse mort lente et répugnante du cancer ulcéré leur a été épargnée.

E. CANCER DE L'UTÉRUS

1. Epithéliomas.

La chirurgie du cancer utérin suit tout naturellement celle du sein.

Les résultats sont certes très inférieurs et il s'agit de cancers pour lesquels jusqu'à ces dernières années la guérison était considérée pour ainsi dire comme impossible.

L'épithélioma de l'utérus est-il vraiment de par sa nature plus malin que l'épithélioma du sein, les voies lymphatiques permettent-elles plus vite la généralisation?

Cela n'est pas très certain et nous avons tous vu des cancers de l'utérus évoluer avec une extraordinaire lenteur en 5 ans et plus, tout comme certaines tumeurs de la mamelle; à la vérité, l'ulcération survient plus vite et cela est déjà une aggravation.

Ce qui est, malheureusement trop évident, c'est que les débuts du cancer utérin passent beaucoup plus souvent et plus longtemps inaperçus. Que de fois nous trouvons-nous en présence de lésions envahissantes pour un seul cas à peu près favorable.

Puis l'ablation de l'utérus cancéreux avec le paramètre, avec les ganglions même simplement pelviens, est beaucoup plus malaisée à réaliser, beaucoup plus dangereuse que l'amputation du sein.

Il n'y a pas bien longtemps que l'hystérectomie abdominale combinée à l'ablation large du paramètre a fait son apparition avec Wertheim. Wertheim, Jonnesco, d'autres encore ont publié des statistiques encourageantes, trop belles peut-être. Il n'en est pas moins vrai qu'il est possible, surtout avec les ablations larges sans exagération, d'obtenir des résultats.

Sur un nombre de faits trop restreint, j'ai moi-même obtenu quelques guérisons.

J'ai eu surtout recours pourtant à l'hystérectomie vaginale, ne m'étant adressé que plus tard, depuis trois ans seulement, à l'hystérectomie abdominale.

La mortalité dans l'hystérectomie abdominale pour cancer reste élevée et fait parfois encore reculer. Je m'en accuse, car pour une affection telle que le cancer utérin, la gravité de l'acte opératoire importe peu s'il offre à la malade quelques chances de salut.

J'ai fait, de 1896 à la fin de 1903, 27 hystérectomies suivies de guérison opératoire, 4 hystérectomies abdominales et 23 hystérectomies vaginales. Je n'ai perdu aucune malade à la suite de l'ablation vaginale, j'en ai perdu 2 par l'ablation abdominale.

Les 3 dernières opérations abdominales ont été faites en suivant d'assez près la technique de Wertheim.

Sur mes 29 malades donc j'ai obtenu les résultats suivants :

2 sont mortes des suites opératoires;

7 n'ont pas été suivies;

15 ont récidivé;

5 se sont maintenues guéries;

2 n'ont été opérées que depuis 11 mois et 9 mois, la 1^{re} par la voie abdominale, la 2^e par la voie vaginale.

J'ai quelque espoir de succès durable surtout pour la malade opérée très largement par l'abdomen pour une tumeur bien près du début.

Restent 3 malades que je puis considérer comme guéries, car les dates de l'opération remontent à 5 ans pour deux d'entre elles (hystérectomies vaginales), à 2 ans 1/2 pour la dernière (hystérectomie abdominale).

Chez mes malades qui ont récidivé, la date de réapparition du néoplasme n'a jamais dépassé un an et la survie a varié de 3 à 18 mois.

Il s'agit bien là probablement de continuation de la tumeur plutôt que de reproduction, et après un an il est permis d'espérer un succès durable.

Au résumé sur 29 malades survivant à l'opération, 3 ont été sauvées, 2 autres laissent espoir d'un succès analogue.

Et en mettant ici sans hésiter au passif toutes les malades non revues, nous voyons encore que la proportion de guérison varie de 10,3 0/0 au moins, 11 0/0 en ne tenant pas compte des 2 morts opératoires, à 18 0/0 au plus.

Une proportion analogue mais plus exacte est obtenue en retranchant de cette statistique les opérations faites en 1903, 7.

J'obtiens en effet 20 opérations avec 3 guérisons durables, soit 15 0/0.

Ces chiffres sont bien faibles et cependant arracher 15 malades sur 100 à la mort, n'est-ce pas encore quelque chose et vaut-il mieux les abandonner sous le prétexte que les résultats obtenus sont sans rapports avec l'importance et le danger immédiat de l'intervention.

La réponse s'impose ici encore, le devoir du chirurgien est d'améliorer le mode opératoire, celui du médecin de dépister précocement le cancer, de mettre en garde ses clientes « contre le retour des règles après la ménopause » considéré parfois avec quelque fierté par la victime ignorante de la signification de ce symptôme.

2^o Fibrosarcômes de l'utérus.

3 malades opérées — 2 ont récidivé — 1 reste sans récurrence 10 mois après.

F. CANCER DE L'OVAIRE.

1^o Epithéliomas. — 2 epithéliomas typiques, 2 récidives rapides.

4 cystoepithéliomas, 3 guérisons, 1 récurrence.

2^o Fibrosarcôme. — Un fibrosarcôme de l'ovaire chez une jeune fille avec ascite, diagnostiqué histologiquement n'a pas récidivé depuis 6 ans.

Soit en bloc 7 opérations, 4 guérisons, ou 57 0/0 de succès.

L'épithélioma typique de l'ovaire paraît peu susceptible de fournir des guérisons durables.

H. CANCER DU VAGIN.

3 opérations (une 4^e trop récente pour en faire état).

1 sans récurrence depuis 4 ans (l'urèthre avait été déchiré

au cours de l'opération) et une opération complémentaire a été faite 2 ans après.

1 récurrence au bout de 4 mois.

1 cancer vulvaire avec ganglions inguinaux.

1^{re} récurrence au bout de six mois ; 2^e six mois après, mort au bout de 16 mois.

Soit 2 échecs, 1 guérison — 33 0/0.

I. CANCER DU TESTICULE.

4 opérations, 2 récurrences rapides.

1 guérison depuis 9 ans.

1 malade guéri six mois et perdu de vue.

La malignité des tumeurs du testicule est bien connue.

Dans un cas sur 4 cependant une guérison absolue a été obtenue. Il s'agissait d'une tumeur très volumineuse, cancer typique, pour laquelle je n'avais pas hésité à prononcer un pronostic fatal.

J. CANCER DE LA VERGE.

1 Épithélioma du gland n'a pas récidivé depuis 3 ans.

2 cancers de la verge opérés ont été suivis de mort par récurrence.

Dans un des cas la récurrence s'est faite 7 mois après dans les ganglions inguinaux, une 2^e ablation faite a donné 4 mois de survie.

Ici certainement pour avoir l'espoir d'obtenir la guérison, l'éradication totale du corps caverneux, le curage des deux aines doivent être faites d'emblée. Il n'est plus permis de se contenter comme jadis de l'amputation pure et simple de la verge. Une intervention complexe doit être faite, il n'y a aucune raison pour qu'en agissant ainsi, on n'obtienne pas des résultats plus comparables à ceux d'autres régions.

K. CANCER DE L'INTESTIN.

Voies biliaires. — Vessie.

Je n'ai guère eu l'occasion dans les cancers de l'estomac, de l'intestin, de l'œsophage, que de faire des opérations palliatives.

Quelques opérations radicales ont donné des morts immédiates et deux courtes survies seulement.

Je ne les note ici que pour mémoire ainsi qu'un cancer de la vésicule biliaire suivi de récurrence, 1 épithélioma développé sur une extrophie vésicale.

L. CANCER DU RECTUM.

J'ai récemment dit ce que je pensais de la chirurgie de ce cancer.

Je crois qu'il est possible de compter sur des guérisons définitives au moins sur des survies de longue durée, en combinant l'anus iliaque définitif à l'extirpation périnéale.

J'ai actuellement quelques faits qui militent en faveur de cette façon de voir.

Ici je me contente de donner en bloc une statistique d'extirpations du cancer du rectum.

12 ablations avec 1 mort opératoire donnent 10 récurrences, 2 guérisons datant seulement d'un an. Un malade non récidivé depuis 3 ans vient de succomber à une généralisation viscérale.

Aucun succès définitif ne peut donc être enregistré ; 2 malades traités par l'extirpation combinée à l'anus iliaque me donnent quelques espérances.

Ma statistique actuelle tout au moins donnerait donc raison à ceux qui déclarent la chirurgie du cancer rectal une chirurgie sale et une sale chirurgie.

En vérité les deux termes comportent une même exagération, car tout au moins au point de vue de la survie l'intervention donne des résultats.

Sur 11 malades survivants à l'opération, 2 ont vécu plus de 3 ans.

1 a vécu 17 mois (après un Kraske).

2 se maintiennent guéris depuis un an.

1 a survécu 13 mois, — 1 autre 12 mois.

Les autres ont survécu respectivement 7, 6 et 4 mois seulement.

La moyenne de la survie est donc supérieure à 16 mois.

CONCLUSIONS.

Arrivé au terme de cette statistique, qui embrasse tous les cas de cancer pour lesquels j'ai pu faire l'opération radicale, il me reste à donner en bloc la proportion de guérisons radicales obtenues.

A vrai dire, les résultats obtenus sont tellement variables suivant la forme du cancer, selon l'organe atteint que le chiffre obtenu est beaucoup moins intéressant que chacun des chiffres fragmentaires enregistrés au cours de cette étude.

Ce chiffre global ne peut avoir qu'un intérêt, celui de convaincre le sceptique que la valeur du succès s'affirme par un chiffre encore respectable.

Je trouve en effet que sur un total de 184 malades tous n'ont pu être suivis, 61 restent encore vivants à l'heure actuelle, soit une proportion d'à peu près 30 0/0.

Ces malades sont-ils ou non définitivement guéris, je ne sais ; mais ce qui est certain, c'est qu'ils ont tiré un bénéfice considérable de l'intervention.

Et ce chiffre me permettra, répondant à ceux qui doutent des résultats de l'intervention chirurgicale, de reproduire ici l'éloquent appel du D^r J.-L. Faure à la Société de chirurgie (1) en faveur d'une opération bien conduite. »

« M. Poirier, s'écrie-t-il, ne nous a pas seulement présenté deux beaux malades, exemples magnifiques de ce que peut contre le cancer de la langue une opération bien conduite.

« Il a fait mieux encore, il nous a dit sa foi dans la guérison chirurgicale du cancer.

« Cette foi, je la partage. Je l'ai souvent affirmée et c'est pourquoi je pense que nous avons aujourd'hui le devoir d'élever cette question passionnante à sa véritable hauteur. Il en est parmi nous qui sont convaincus que nous pouvons quelquefois guérir le cancer. Il en est d'autres qui pensent que ce n'est là qu'une illusion décevante. Les uns et les autres sont d'une égale bonne foi. Les uns et les autres se trompent. Le moment est venu de savoir de quel côté se trouve la vérité. Que tous ceux qui sont ici viennent nous dire ce qu'ils savent. Il est impossible que d'une

(1) Séance du 9 mars 1904.

enquête aussi large et aussi simple, la lumière ne sorte pas complète. »

Ce qui doit rester condamné et ce que nous voyons trop souvent faire encore, ce sont des opérations forcément incomplètes et que leur facilité incite à tenter.

Si le médecin de campagne a le devoir d'intervenir dans tout cas d'urgence, il doit s'abstenir au contraire dans la chirurgie du cancer.

Ainsi que le disait dans la même réunion le Professeur Poirier : « Il est établi et reconnu aujourd'hui par tous les chirurgiens au courant de la question, que les interventions larges et logiquement conduites contre les cancers du sein ont amélioré très notablement le pronostic en augmentant de beaucoup la survie des opérées.

« Je sais bien qu'il est encore des chirurgiens qui opèrent à la vieille mode, allant éplucher du bout des doigts quelques ganglions dans l'aisselle comme s'ils étaient au temps où l'on craignait avec raison d'ouvrir largement l'aisselle et l'au delà pour se livrer à la dissection méthodique des voies lymphatiques, sans laquelle il n'est point de bonne opération. Evidemment, pour les chirurgiens de cette École, le pronostic ne s'est point amélioré. Mais il est d'autres chirurgiens qui, conscients de la sécurité que leur donnent l'antisepsie et l'asepsie, opèrent, largement, au grand jour, poursuivant systématiquement les voies lymphatiques, et ces chirurgiens de l'École nouvelle obtiennent des résultats incomparablement meilleurs.

Je suis sûr que les étudiants d'aujourd'hui, nos confrères de demain, seront imbus de cette conviction. A ce moment-là certainement se réalisera pour la chirurgie du cancer le mot du Professeur Poirier : « Chirurgie encore de petit présent, mais de grand avenir. »

ANALYSES

De la valeur du procédé de Lorenz, de l'Opération sanglante du Hoffa et des appareils Orthopédiques dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, par le Dr BOUREAU, chirurgien en chef de l'Asile de Clocheville (Hôpital municipal d'Enfants de la Ville de Tours). Brochure in-18 avec 6 planches radiographiques : Prix, 2 fr. — A. MALOINE, libraire-éditeur, 23-25, rue de l'École-de-Médecine — Paris; provisoirement : 93, Boulevard St-Germain.

Cette étude des divers procédés appliqués à la cure des luxations congénitales est essentiellement faite au point de vue pratique.

L'auteur passe en revue les troubles fonctionnels de la luxation congénitale et cherche dans quelle mesure y remédient les traitements actuels.

Après un historique de la question et une critique serrée de toutes les statistiques connues, l'auteur donne la préférence au procédé de Lorenz.

Il démontre, par l'étude de plus de 1000 cas et par ses faits personnels, qu'il n'y a plus lieu d'abandonner à elles-mêmes les luxations congénitales que fatalement l'âge aggrave, qu'il est possible d'obtenir de véritables restaurations fonctionnelles des articulations luxées, et que ces bons résultats se maintiennent comme le prouvent des malades suivis pendant un certain temps.

Mais à la condition expresse qu'on applique dans toute sa rigueur la technique de Lorenz sans la déformer par de prétendues améliorations.

En résumé, étude très claire et très précise d'une question qui intéresse les praticiens et sur laquelle ils sont tous les jours consultés.

NOUVELLES

CONGRÈS

FRANÇAIS DE MÉDECINE — 7^e SESSION

Paris — 24-27 octobre 1904

Monsieur et honoré Confrère,

Le 7^e Congrès Français de Médecine se tiendra cette année à Paris, du 24 au 27 octobre inclusivement, sous la présidence du Professeur Cornil.

Nous serions heureux d'avoir votre adhésion.

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Toulouse pour faire l'objet de rapports et de discussions.

I. LA PRESSION ARTÉRIELLE DANS LES MALADIES

RAPPORTEURS : MM. les D^{rs} Bosc et Vedel (Montpellier) ; M. le D^r Vaquez (Paris).

II. DES INJECTIONS MERCURIELLES

RAPPORTEURS : MM. les D^{rs} Lannois (Lyon), et Balzer (Paris).

III. DE L'OBÉSITÉ

RAPPORTEURS : MM. les D^{rs} Maurel (Toulouse), et Le Noir (Paris).

Plusieurs séances seront consacrées à l'exposé et à la discussion des communications particulières que voudront bien faire les Membres du Congrès.

Le Bureau

* N. B. — Des réductions de tarif seront consenties par les différentes Compagnies de chemin de fer.

ÉTABLISSEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE DE LOCHES

Médecin-Directeur : D^r H. LEMESLE, professeur à l'École de Psychologie de Paris

TRAITEMENT des MALADIES NERVEUSES & PSYCHIQUES

Cure de Sommeil

MÉTHODES DE LIÉBEAULT, DE WETTERSTRAND & DE WEIR-MITCHELL

Traitement spécial de l'Alcoolisme et de la Morphinomanie

BUREAU DU CONGRÈS

Président: M. V. Cornil, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Vice-Présidents: MM. Henrot, directeur de l'École de médecine de Reims, membre correspondant de l'Académie de médecine, et Ed. Brissaud, professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Secrétaire général: M. Gilbert-Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Trésorier: M. Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Caennec.

Secrétaire général adjoint: M. Ed. Enriquez, médecin des hôpitaux.

Trésorier adjoint: M. Pierre Teissier, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

COMITÉ DE PATRONAGE

MM. Debove, doyen de la Faculté de médecine.

Brouardel, doyen honoraire.

Bouchard, membre de l'Institut.

Lancereaux, ancien président de l'Académie de médecine.

Alfred Fournier, professeur honoraire à la Faculté de Médecine.

Déjerine, Dieulafoy, Gaucher, Gilbert, Grancher, Hutinel, Joffroy, Landouzy et Raymond, professeurs à la Faculté de médecine.

Ernest Besnier, membre honoraire de la Société médicale des hôpitaux.

Danlos, président de la Société médicale des hôpitaux.

Paul Le Gendre, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

MM. Antony, professeur au Val de Grâce.

d'Arsonval et Charrin, professeurs au Collège de France.

Pour les renseignements et les communications, s'adresser à M. le Dr Enriquez, secrétaire général adjoint, 8, Avenue de l'Alma.

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, quinquina, 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.

Tours, imp. Tourangelle.

GRAND CABINET D'APPLICATIONS

Orthopédie, Prothèse, Bandages

Henri KURRER, Spécialiste herniaire de Paris

DIRECTEUR

TOURS, 1, Rue des Halles, TOURS

Entrées particulières } 1° dans le couloir, 1, rue des Halles.
2° par la Pharmacie TOUILLET, 31, rue Nationale.

GYMNASTIQUE MÉDICALE

Corsets et appareils contre toutes les déviations. -- Jambes et bras artificiels

Salle Spéciale pour le moulage des Sujets

Ceintures médicales d'après les Docteurs Spécialistes de Paris, Corsets de grossesse en Tricot B B (déposé)

Bandages de tous Systèmes et en tous Genres

Bandage avec ressort

Bandage sans ressort

“ L'INTERCHANGEABLE ” (Modèles déposés)
(propriété exclusive)

Suspensoirs Spéciaux pour Hernie irréductible

URINAUX perfectionnés pour Homme et Femme (modèles déposés)

URINAUX SPÉCIAUX POUR VIEILLARDS

Appareils

pour extrophie de la vessie,
pour anus contre nature.

Bas et Ceintures élastiques en tous les Tissus

Instruments de Chirurgie. -- Trousses Médicales. -- Pharmacie portative

Accessoires de pharmacie. — Coussins pour malades. Pansements de toutes marques. — Pèse-Bébés.

TÉLÉPHONE 4-25

NOTA. — Quelle que soit la localité, et dès l'appel du Docteur, M. Kurrer se rendra auprès de lui avec les instruments, pansements, appareils (gouttières, attelles, etc., etc.) qui lui seront indiqués. — Nous garantissons les articles et appareils identiques à ceux des Maisons de Paris et avec les mêmes conditions avantageuses faites au Corps Médical.