

STATISTIQUE INTÉGRALE DES CAS D'APPENDICITE OBSERVÉS DANS CES CINQ DERNIÈRES ANNÉES : 1898 A 1902.

Par le D^r LAPEYRE

Tout a été dit et redit bien des fois sur les avantages et les inconvénients de l'intervention à chaud, sur les bienfaits de l'appendicéctomie à froid, sur les incertitudes du traitement médical, même bien appliqué et surveillé. Et cependant le débat reste toujours ouvert.

Au Congrès de Bruxelles, après le rapport du D^r Broca, les avis conformes émis par la grande majorité des chirurgiens présents, les chirurgiens dits opportunistes, paraissaient définitivement triompher.

La récente discussion, qui vient de se clore à la Société de Chirurgie de Paris, nous montre que ce triomphe n'était que passager; il persiste toujours deux Ecoles entre lesquelles toute conciliation reste impossible.

Laisser refroidir une appendicite, disent les uns : L. Championnière, Segond, Routier, Poirier, G. Marchant, Lequen, à la suite de M. le Professeur Dieulafoy, c'est exposer le malade à la mort.

Intervenir systématiquement dans toutes les appendicites à une période quelconque de leur évolution, disent les autres : Reclus, Quenu, Jalaguier, Kirrison, etc., c'est grossir la mortalité des crises, l'élever au dire de Broca, Trèves (le chirurgien d'Edouard VII), de 5 à 20 0/0.

Entre ces deux opinions diamétralement opposées s'appuyant sur des arguments, sur des faits, seules des statistiques intégrales rendues comparables pourraient prononcer. C'est ce qu'ont compris les membres de la Société de Chirurgie, et chacun d'eux a donné les résultats complets de sa pratique urbaine et hospitalière.

C'est ce que je viens faire à mon tour et si mes observations sont relativement peu nombreuses, du moins représentent-elles intégralement, non seulement tous les cas que j'ai opérés à froid ou à chaud, mais encore tous ceux que j'ai observés. Assez souvent, en effet, l'intervention n'a pu être faite pour des raisons diverses, et le sort de ces malades n'est pas le moins intéressant à relever.

Le débat n'est pas, en effet, uniquement entre chirurgiens interventionnistes et temporisateurs, il est encore des médecins sceptiques sur les dangers de l'appendicite non compliquée d'opération chirurgicale, et à ceux-là, l'histoire des malades non opérés répond aussi, nous le verrons, de façon saisissante.

Avant de donner ma propre statistique, je tiens à préciser les points sur lesquels l'accord paraît fait, ceux au contraire sur lesquels porte le fort du débat.

1^{re} Dans l'intervention à chaud, le débat vise surtout l'intervention systématique tardive après les 48 premières heures. L'opération dans les 48 premières heures échappe, en effet, aux deux critiques fondamentales : augmentation du danger pour le malade; impossibilité d'enlever l'appendice. En théorie, presque tous les chirurgiens se rallient à l'intervention hâtive qui coupe court aux innombrables dangers de l'appendicite.

Malheureusement, à Paris même, le chirurgien est rarement appelé aussi tôt, ailleurs, plus rarement encore; et l'indication même, acceptée comme formelle, n'est en réalité que rarement remplie.

A cette restriction capitale, il faut en ajouter une autre, le danger d'opérer par une erreur de diagnostic.

Certes, ces erreurs deviennent plus rares, ainsi que le dit M. Championnière, depuis que nous avons appris à mieux connaître et l'appendicite et la cœlite muco-mem-

braneuse. Cependant, il est des cas où l'incertitude reste possible, pendant deux ou trois jours.

2^o Dans la temporisation pendant la crise il paraît établi :

D'une part, que des formes très graves avec gangrène et perforation de l'appendice, péritonite diffuse, guérissent par le seul traitement médical : large sac de glace sur le ventre, diète complète, immobilisation. Il est inexact d'avancer, parce qu'on a trouvé dans une intervention hâtive l'appendice en voie de sphacèle, que sans intervention la mort était certaine; d'autre part, que la temporisation systématique comporte des désastres lamentables.

Une certaine incertitude continue, du reste, à régner dans l'emploi du traitement médical, beaucoup jugeant l'opium néfaste, et quelques-uns voyant dans les laxatifs répétés le salut du malade.

Les statistiques ne donnent, il est vrai, que 5 0/0 de mortalité environ à l'abstention systématique contre 20 0/0 à l'intervention systématique, mais en dépit de ce chiffre, trop avantageux, il n'est pas d'abstentionniste systématique.

Les chirurgiens les plus abstentionnistes combinent l'intervention opportune à l'expectation. Le plus abstentionniste peut-être, Jalaguier, donne une proportion d'interventions de 6 0/0. Il n'intervient que pour ouvrir un abcès localisé, mais alors il intervient sans hésitation.

Le débat reste donc circonscrit à l'heure actuelle entre l'intervention systématique pendant la crise et l'intervention opportune. Voyons quels enseignements peut donner ma pratique personnelle.

J'ai eu l'occasion, au cours de ces cinq dernières années, d'observer en tout 95 malades atteints d'accidents appendiculaires; mais chez 3 malades il s'agissait non pas d'appendicite, mais d'occlusion intestinale due à une appendicite antérieure.

Je crois juste de porter au passif de l'appendicite ces 3 malades et les 2 morts qui en sont résultées. La statistique en est, il est vrai, un peu assombrie, mais il est facile d'en tenir compte pour ramener la statistique au cadre habituel.

Sur ces 95 malades, 25, pour des raisons diverses sur lesquelles je reviendrai, n'ont pas été opérés. Les 70 malades restants ont donné lieu à 73 interventions (3 malades, en effet, ont été opérés deux fois) se décomposant ainsi :

Opérations à chaud, 38.
Opérations à froid, 32.
Opérations pour occlusion de cause appendiculaire, 3.

Mais avant d'entrer dans l'examen de chacune de ces séries de malades, je crois intéressant de prendre d'abord en bloc ces 95 malades et de les décomposer en séries suivant l'âge, le sexe, etc.

Suivant l'âge je les diviserai en les catégories suivantes :

Malades de	0 à 15,	19
—	15 à 30,	51
—	30 à 45,	20
—	45 et au-dessus	5

C'est donc de 15 à 30 ans que se sont développés plus de 50 0/0 des appendicites que j'ai eues à soigner.

Au-dessus de 45 ans, l'affection devient beaucoup plus rare. J'ai cependant eu à opérer un vieillard de 66 ans et une femme de 81 ans atteints d'abcès de la fosse iliaque, d'origine appendiculaire.

Si je considère le sexe, je trouve que sur ces 95 malades il y avait 64 hommes et 31 femmes. La prédominance du sexe masculin, généralement admise, apparaît considérable dans cette petite statistique.

Le sexe masculin y est représenté deux fois plus souvent que le sexe féminin.

Cette proportion reste la même chez les enfants: je trouve en effet que sur 49 enfants malades il y avait 13 garçons et 6 filles.

37 hommes et 14 femmes ont été atteints de 15 à 30 ans, c'est à peu près aussi la même proportion pour cette période de la vie que celle observée dans la statistique globale.

La mortalité globale a été de 16 malades; 16 sur 95, cela représente bien près de 17 0/0.

En ne tenant pas compte des 3 occlusions qui ont donné 2 morts, j'obtiens 92 malades avec 14 morts, soit 15,2 0/0 de mortalité.

En comptant par crises et non plus par malades 95 crises observées avec 14 morts.

Le chiffre reste vraiment effrayant et s'écarte de façon impressionnante de celui de 3 0/0 donné par la statistique de Jalaguier par exemple.

Il n'est pas douteux, du reste, que cette mortalité est due pour une large part, pour la plus grosse, au très grand nombre d'appendicites pas ou mal soignées qui se rencontrent encore. Combien de fois dans nos campagnes le médecin n'est-il appelé qu'au moment des accidents ultimes, alors que la mort est inévitable.

En décomposant la mortalité selon les catégories d'âge, je trouve :

Morts de	0 à 15 ans,	1	
—	15 à 30 ans,	9	
—	30 à 45 ans,	6	(4) en retrans-
chant 2 morts dus à de l'occlusion).			

Au dessus de 45: 0.

La série de 30 à 45 ans se trouve proportionnellement la plus lourdement chargée, mais il faut remarquer que deux morts sont dues à des accidents d'occlusion et non à l'appendicite elle-même.

L'appendicite, de 30 à 45 ans, n'a donné directement que 4 morts.

Dans la série de 15 à 30 ans, je relève 7 morts de 22 à 26 ans, il semble que ce soit vraiment l'âge où les crises sont le plus fréquemment graves ou mortelles.

La mortalité des hommes est de 12, celle des femmes de 4 et comme 2 femmes ont été précisément les victimes des 2 cas d'occlusion relevés dans la statistique, je trouve en définitive que 2 femmes seulement sont mortes directement d'une attaque appendiculaire.

Ces deux femmes avaient de 38 à 45 ans.

Du reste, la proportion des cas graves opérés à chaud est aussi plus grande chez l'homme, et de ma statistique tout au moins, il ressort une gravité relative plus grande dans le sexe masculin.

Chez les enfants j'ai vu souvent des formes graves, cependant ils ont tous guéri, sauf un garçon de 15 ans, à la limite par conséquent de la puberté.

Les gens âgés m'ont toujours moins paru peu exposés à la péritonite diffuse, ils localisent au contraire très facilement un abcès dans la fosse iliaque, le passage à la suppuration paraissant pour ainsi dire habituel.

Les rechutes sont la règle dans l'appendicite, je me suis efforcé de rechercher le nombre des crises éprouvées par chaque malade.

J'ai trouvé chez un malade environ 15 crises.

Beaucoup en ont eu 3 ou 4.

Quelques-uns ont présenté seulement de l'appendicite chronique sans crises aiguës, des femmes particulièrement.

Très souvent les crises sont très rapprochées, se suivent à moins d'un an d'intervalle à 2 ou 3 mois.

Vingt malades ont été dans ce dernier cas.

Il est par contre, — mais cela est vraiment rare — quelques malades chez lesquels la crise initiale reste unique, d'autres chez lesquels l'appendice reste silencieux pendant des années.

Je suis disposé à croire que les gens d'un certain âge sont moins exposés que les jeunes gens, et que chez eux un régime bien suivi peut écarter le danger de nouvelles attaques.

En général, bon gré mal gré, le malade arrive à l'opération comme je vais avoir l'occasion de l'établir à propos de la catégorie des malades que j'ai observés et non opérés.

Au point de vue des causes de l'appendicite, je ne puis dire qu'une chose, il existe deux groupes d'appendicites : pour les unes, le plus grand nombre, la cause nous échappe entièrement, pour quelques autres, l'inflammation chronique de l'intestin, la cœlite est la cause directe de l'appendicite.

En traitant la cœlite on peut donc prévenir et peut-être guérir certaines appendicites. Inversement, comme j'ai eu l'occasion de le dire au dernier Congrès français de Chirurgie, l'ablation de l'appendice agit favorablement sur la cœlite elle-même.

Le premier et le plus gros argument en faveur de la proposition : appendicite = opération, est fourni par l'étude de la mortalité de l'appendicite.

J'ai obtenu comme mortalité en bloc près de 17 0/0 : décomposons cette mortalité en les séries diverses, dont la division s'impose.

Nous obtenons le tableau suivant en série décroissante : Malades opérés pour occlusion 3; morts 2; mortalité 66,66 0/0.

Malades non opérés, 25; morts 6; mortalité, 24 0/0.

Malades opérés à chaud, 38; morts 8; mortalité 21 0/0.

Malades en bloc, 95; morts 14; mortalité 14,7 0/0.

Malades opérés à froid, 32; morts 0; mortalité 0 0/0.

Si je laisse de côté les malades victimes d'occlusion, je vois en tête de la mortalité les malades non opérés avec la proportion effrayante de 24 0/0, la mortalité globale, si j'enlève les 3 malades atteints d'occlusion (92 malades avec 14 morts) n'étant elle-même que de 15 0/0, et la mortalité des opérations à chaud de 21 0/0.

Et si j'ai, comme je le pense, le droit de mettre au compte de l'abstention opératoire les 3 malades qui n'ont été opérés que pour occlusion, au lieu de l'être au cours d'une crise appendiculaire précédente, le passif de l'abstention devient alors :

28 malades avec 8 morts, soit 28,6 0/0, le passif de l'intervention étant 8 morts pour 70 opérations, soit 11,4 0/0 seulement.

De cette statistique très courte mais intégrale, mauvaise dans ses résultats, mais fidèle, ressort donc une 1^{re} chose : la gravité de l'abstention complète immédiate et éloignée dans l'appendicite.

L'innocuité des interventions à froid s'y révèle comme dans toutes les statistiques.

Vraiment, il faudrait être aveugle pour refuser aux appendiculaires l'opération à froid, par elle-même sans danger, comparée à l'abstention systématique pleine d'écueils.

L'opération à froid, ainsi que cela a été dit à la Société de Chirurgie, n'est pas plus dangereuse que la cure radicale de la hernie ; elle supprime au malade des risques de mort beaucoup plus considérables. Plus encore que la cure radicale, elle doit entrer dans la pratique et les mœurs.

Il faut des indications spéciales pour ne pas la conseiller même à la suite d'une crise appendiculaire unique.

Le risque de mort, pour être le plus sérieux, n'est pas le seul qui milite en faveur de l'appendicéctomie ; la fréquence des crises se répétant à court intervalle rend souvent aussi l'opération indispensable.

L'incision simple d'un abcès à chaud ne met même pas à l'abri des rechutes.

Sur 38 malades opérés à chaud par moi pour appendicite, je vois que trois ont été opérés deux fois, l'un deux fois à chaud, les deux autres à froid après une récidive.

Un autre malade, un enfant, opéré deux fois à chaud par un autre chirurgien, a dû être opéré à froid par moi pour une nouvelle rechute.

Vingt autres malades ont éprouvé crises sur crises, à tel point que l'opération s'imposait pour leur permettre la reprise de leur vie habituelle, les arracher à leur lit.

Plusieurs autres atteints d'appendicite chronique ont trouvé dans l'opération un bénéfice énorme, presque inespéré.

Mais l'histoire des 25 malades qui n'ont pas été opérés par moi est encore la plus significative.

Voici en effet quel a été leur sort :

Six sont morts ; 3 étaient à leur première crise, les autres avaient eu déjà des accidents.

Sur les 19 restants, 4 ont été opérés depuis à ma connaissance, un pour appendicite chronique, 3 pour des crises aiguës.

Des 15 autres 4 ont été vus trop récemment pour savoir ce qu'ils deviendront.

Un vient d'être atteint d'une nouvelle attaque très grave. Trois souffrent d'accidents chroniques et arriveront forcément à l'opération.

Restent donc 8 malades seulement qui paraissent guéris. Encore sur 5 d'entre eux n'ai-je aucun renseignement et n'ai-je suivi les trois restants que de loin en loin jusqu'à ce jour.

Peut-on de cette brève statistique avec sa mortalité trop réelle tirer des arguments en faveur de l'intervention à chaud, ou contre elle.

A première vue, les résultats sont défavorables. Une mortalité de 21 0/0 n'est guère encourageante et fait piètre figure à côté des statistiques des abstentionnistes variant de 7 0/0 à 30 0/0.

Mais il faut remarquer que je ne suis presque jamais intervenu à chaud que dans des cas graves, pour lesquels j'étais appelé tardivement et d'urgence. Dans la plupart des autres cas, je n'ai vu le malade qu'à la fin de sa crise ou après elle.

J'ai opéré dans le nombre in extremis des péritonites généralisées sûrement mortelles, et par contre, je n'ai pour ainsi dire jamais opéré dès le début de la crise.

Alors que parmi les malades soignés par moi dès le début, soit par l'intervention, soit par l'abstention, je ne compte aucun désastre ; nombre des échecs subis dans d'autres conditions relève du manque de soins initial. Si dans ces deux dernières années 1901 et 1902, je ne compte aucun décès, alors que les années antérieures sont si chargées, c'est que l'éducation du malade et du médecin s'est faite.

La statistique s'en ressent, la mortalité s'abaisse.

Je n'invoque donc pas une excuse pour une mauvaise statistique opératoire, la preuve de l'influence néfaste d'une thérapeutique nulle ou mauvaise résulte de façon évidente de l'examen de la statistique des malades non opérés. Reprenons en effet tous les cas de mort, nous voyons qu'ils se décomposent ainsi :

Sur 6 malades morts sans avoir subi l'opération, un a succombé à une pleurésie appendiculaire, plusieurs semaines après le début de l'affection. Le malade n'a été passé en chirurgie qu'au moment même de la mort.

Un a été vu au 10^e jour succombant à des accidents de toxémie avec tous les signes d'une collection énorme étendue à tout le flanc droit.

Un autre a succombé après plusieurs semaines à des accidents de pyléphlébite, qu'une intervention à temps aurait pu enrayer. Ces 3 malades donc auraient pu peut-être être sauvés par le traitement chirurgical. En tous cas, celui-ci s'imposait et il n'a pas été discuté, ou seulement au moment même de la mort.

Des 3 malades restants, un seul a été soigné au traitement médical correct : glace, immobilisation, diète. Celui-là a succombé au 5^e jour, après une accalmie, à une perforation subite. Il peut être mis au passif de l'abstention bien faite ; encore faut-il dire que si le médecin avait institué un traitement rigoureux, ce traitement lui-même ne pouvait guère être surveillé, chez un malade vivant dans une ferme loin de son médecin.

Les 2 autres ont succombé, l'un un jeune homme de 23 ans, au 11^e jour sans avoir reçu de soins médicaux. Moi-même je ne l'ai vu que la veille de sa mort.

L'intervention présentée comme ayant peu de chance de succès fut refusée.

Le 2^e, un jeune homme de 25 ans, fut traité par un médecin russe pour un embarras gastrique, purgé et repurgé.

Au 4^e jour un autre médecin diagnostiqua une appendicite perforante. L'intervention proposée immédiate est refusée en dépit de tous nos efforts. Le malade succombe au bout de 48 heures.

Des 8 malades morts après opération à chaud, deux ont été opérés in extremis pour des formes à suppuration localisée, que l'intervention faite à temps eût sans nul doute guéris.

Dans un cas, il s'agit d'un homme opéré à la 3^e semaine pour deux collections, une pelvienne et une sous-hépatique. Ce malade, atteint d'appendicite à Paris, est revenu à la campagne aux environs de Tours, n'a pas vu de médecin jusqu'au 11^e jour, puis a été à nouveau transporté à Tours, mais mourant. Sans nul doute soigné et opéré à Paris, il eut guéri.

Le deuxième est arrivé à Tours au 11^e jour, dans l'état de collapsus presque complet sans anesthésie générale.

Une simple incision iliaque a vidé des flots de pus, mais la toxémie avait fait son œuvre et le malade a succombé.

Un troisième est vu au 3^e jour, à la campagne, par un chirurgien, qui conseille l'abstention.

Mais celle-ci n'est pas surveillée, mal faite, le malade est purgé, alimenté, levé ; le 7^e jour éclataient des accidents de péritonite généralisée ; transporté d'urgence à l'hôpital, le malade immédiatement laparotomisé succombe.

Surveillé par un chirurgien dans un service d'hôpital, je crois encore que la guérison eût été obtenue.

Aussi je crois légitime d'admettre, me basant sur l'examen de ces faits de mort, sur les cas observés dans des conditions vraiment favorables à l'hôpital ou à la Maison de Santé, que les 14 morts que j'ai observées auraient dû se réduire à 6 ou 7 peut-être, seules vraiment inévitables.

Je crois, en effet, qu'il est des morts foudroyantes que personne ne peut conjurer et que la formule du professeur Dieulafoy : « On ne doit pas mourir d'appendicite » est malheureusement inexacte.

Mais en dehors de ces péritonites généralisées, éclatant d'emblée, foudroyantes, et dont j'ai observé deux ou trois cas, j'admettrai volontiers, avec lui, que la mort doit être rare en matière d'appendicite bien traitée.

L'amélioration, d'année en année, de la mortalité dans ma statistique tombée à 0 ces deux dernières années, m'en paraît une preuve convaincante.

Et je suis aujourd'hui convaincu que cette mortalité peut être beaucoup abaissée, non seulement par l'intervention opératoire précoce ou seulement à temps, mais aussi par le traitement médical bien compris, par l'application large et immédiate de vessies de glace en permanence, le repos absolu, la diète, etc.

La glace arrête une péritonite en train de se généraliser, cela je le crois fermement aujourd'hui, après l'avoir constaté et en dépit d'un scepticisme de début très accentué.

Le médecin doit donc savoir qu'il ne dépend que de lui et de l'éducation du malade de diminuer considérablement la mortalité de l'appendicite.

Et son rôle est très net : faire le diagnostic aussi vite que possible, instituer la glace, le repos absolu, la diète absolue et immédiatement passer la main au chirurgien.

Celui-ci opérera ou n'opérera pas, mais en tous cas, il est seul juge de l'opportunité de l'intervention.

Cette opportunité est elle-même si difficile à poser que la responsabilité à prendre, toujours lourde, n'appartient qu'à l'opérateur.

Ce n'est pas au médecin de refroidir les appendicites pour ensuite les adresser au chirurgien ; il donnerait en effet tout le beau rôle à ce dernier, gardant pour lui tous les dangers, toutes les responsabilités.

La Société de Chirurgie de Paris a dit excellemment :

« Le traitement de l'appendicite, même médical, doit toujours être dirigé par un chirurgien ».

Reste la question qui divise les chirurgiens, celle de l'intervention systématique, partout et toujours, celle de l'intervention opportune.

Je vais essayer, sans aucun parti-pris, de relever dans mes observations les faits qui militent pour ou contre.

Il n'est pas douteux que l'abstention mal faite a causé dans ma statistique pas mal de désastres ; au contraire l'intervention systématique ne peut guère être mise en faute qu'une fois ou deux.

Si entre deux maux, il faut choisir le moindre, l'intervention systématique s'imposerait.

Mais le plus souvent, le traitement médical a été mal fait ou pas du tout, et la comparaison est impossible.

Pour ma part je suis devenu dans ces dernières années, à l'exemple de la plupart des chirurgiens, de plus en plus temporisateur.

Si je reprends, année par année, mes résultats opératoires, je trouve en effet :

INTERVENTIONS A CHAUD			A FROID		
Année 1898 :	7	morts 2	0	morts 0	
— 1899 :	8	— 3	3	— 0	
— 1900 :	7	— 3	7	— 0	
— 1901 :	8	— 0	6	— 0	
— 1902 :	8	— 0	16	— 0	

En 1902, le nombre des interventions à froid s'est brusquement accru de plus du double, et les interventions à

chaud ne représentent plus qu'un tiers des interventions faites dans l'année.

Cependant, il est curieux de remarquer que dans ces cinq dernières années le nombre des interventions à chaud est resté invariable.

Quant à l'élévation, brusque en 1902, du chiffre des opérations à froid, il résulte moins du fait que j'ai laissé évoluer devant moi plus d'appendicites, que de l'éducation médicale qui s'est faite.

J'ai laissé moi-même refroidir en 1902 cinq appendicites à l'évolution desquelles j'ai assisté ; mettons que deux ou trois ans plus tôt j'en eusse opéré deux ou trois : il n'en reste pas moins que sur les 16 opérations faites à froid, il en est 5 ou 6 au moins que des confrères m'ont adressées, alors qu'ils ne le faisaient pas jusque-là.

Ce n'est pas moi qui fais ma statistique, mais bien qui la subis, voici la vérité ; aussi, de conclusions, la statistique elle-même ne peut guère en donner.

Mais l'analyse de certains cas peut servir à établir une conviction bonne ou mauvaise.

Les interventionnistes systématiques font beaucoup état contre l'abstention de ce fait qu'ils ont souvent trouvé, dès les 48 premières heures, du pus, ou pis encore, un appendice sphacelé, perforé ou sur le point de l'être, sans adhérences protectrices.

Me basant sur les observations de malades opérés à froid chez lesquels j'ai trouvé un appendice perforé et des entérolithes dans le ventre, sur des observations semblables de malades opérés tardivement à chaud, je considère cet argument comme médiocrement probant. De telles formes médicalement traitées peuvent tendre à l'accalmie et être opérées soit à chaud après localisation, soit parfois même à froid. Il n'est pas dit que ces malades doivent succomber, loin de là.

Inversement, il est des aggravations brusques qui pourraient surprendre en pleine apparence de bonne évolution.

Deux malades, vus par moi à la phase ultime et déjà cités au cours de ce travail, ont succombé dans des conditions qui paraissent répondre à cette forme traîtresse.

L'abstention a donc ses dangers, mais je suis convaincu que, dans certains cas aussi, l'intervention d'urgence peut être plus dangereuse pour le malade que la temporisation.

Le malade de l'observation IX, opéré au 5^e jour et mort 2 jours après, avait guéri d'une première attaque qui paraît avoir été aussi grave. Ma conviction intime à moi-même est qu'il eût vraisemblablement guéri par l'abstention ; au moins dans ce cas l'intervention a été néfaste.

Je sais bien que nombre de chirurgiens déclarent ne pas comprendre en quoi l'incision du ventre peut aggraver une appendicite.

Le seul danger, disent-ils, est de généraliser une péritonite mal limitée ; mais n'est-ce pas là une simple question de technique que nous sommes habitués à résoudre victorieusement dans d'autres circonstances.

En théorie, ils paraissent avoir raison et pour leur répondre on est obligé d'invoquer l'affaiblissement de la défense matérielle de l'organisme contre la toxémie, ou la résorption brusque de toxines à la suite de manœuvres opératoires. En fait, ils paraissent avoir tort ; si le consentement du plus grand nombre a quelque valeur, l'intervention a ses dangers et c'est ce qui rallie la grande majorité des chirurgiens à l'étude attentive des indications fournies par chaque cas déterminé.

Conclusions. — Dans la pratique habituelle, la mortalité globale de l'appendicite opérée ou non est relativement très élevée. En plus des morts causées directement par les

crises, il est des morts à distance par occlusion, par exemple, qui grèvent lourdement le passif de l'affection.

Cette mortalité tient pour une grosse part à l'insuffisance d'éducation des malades, à la difficulté d'instituer et de surveiller d'assez près le traitement médical, à l'appel souvent trop tardif du chirurgien.

Rien ne le prouve mieux que l'abaissement du taux de la mortalité, d'année en année dans ma statistique.

Il me semble que cette mortalité devrait pouvoir être amenée au chiffre de 3 ou 4 0/0 obtenu déjà par certains chirurgiens.

Je me range parmi les opportunistes, car je crois, après expérience, à l'action très puissante de la glace pour arrêter ou enrayer l'attaque appendiculaire. L'opération à froid est l'opération idéale par sa sécurité et le résultat absolument radical qu'elle comporte.

L'opération à chaud est surtout indiquée dans les 48 premières heures, puis, plus tard, après localisation des accidents.

La situation la plus embarrassante est celle qu'offre une appendicite d'allure grave au 4^e ou 5^e jour de son évolution, sans limitation.

C'est là qu'il y a doute, à mon sens, sur les dangers relatifs de l'intervention ou de l'abstention. Ce problème se pose aussi difficile à résoudre devant chaque malade.

Au point de vue de la technique opératoire, je me range parmi ceux qui, dans un cas aigu, ne recherchent pas systématiquement l'appendice et ne l'enlèvent que s'il se présente à eux dans le foyer de suppuration. En pareil cas, il s'agit avant tout d'assurer la vie au malade. Très souvent, du reste, il n'y a pas de récurrence après l'ouverture chirurgicale.

Un mot seulement des inconvénients qui suivent parfois l'intervention à chaud.

Un seul de mes malades, une femme, a conservé une fistule pyostercorale permanente.

Une fois j'ai dû faire l'iléocolostomie pour obtenir la fermeture d'un anus contre nature, dû à une gangrène du cæcum. Le succès a été complet. Le malade a repris son métier de portefaix à la gare de Tours.

Je n'ai jamais été obligé d'intervenir à nouveau pour une éventration consécutive à l'ouverture d'un abcès iliaque. L'infirmité résultant de l'affaiblissement de la paroi n'a jamais présenté de caractères par trop gênants.

GROUPE DES APPENDICITES OPÉRÉES A CHAUD

ANNÉE 1898

OBSERVATION I. — Appendicite, péritonite suppurée non circonscrite, résection du vermis, guérison.

12 janvier. — X. 35 ans, jardinier. Début il y a cinq jours. Vomissements bilieux, fécaloïdes depuis 48 h. Hernie épiploïque volumineuse irréductible à droite. Opération le 6^e jour. Fosse iliaque pleine de pus descendant dans le canal inguinal. Appendice décapité à son insertion. Epiploon sphacélique, fausses membranes fibrinopurulentes sur une longue anse grêle. Persistance des vomissements bilieux et fécaloïdes, subictère, hoquet continu. Pouls, 110; temp. 36,3. faciès très mauvais pendant 48 h. puis amélioration progressive.

Obs. II. — Appendicite, abcès péri-appendiculaire, toxémie, opération. Mort.

12 mai. — J. 25 ans. Pris le 2 mars. Vu le 12, a été traité par des purgatifs répétés. Vient de subir un transport de 3 heures en voiture. L'état, extrêmement grave, fait opérer d'urgence le 12 au soir. Evacuation abondante de pus séreux, fétide. Meurt 6 heures après.

Obs. III. — Appendicite. Abcès circonscrit iliaque. Opération, guérison.

10 juin. — Jeune homme, 15 ans. Début 6 jours. Temp. 39°

Pouls 120. Ballonnement du ventre. Empatement à droite. Vomissements porracés. 2 collections distinctes sont ouvertes. Pus blanc bien lié, guérison rapide. Appendice pas enlevé, récurrence. Appendicite. Abcès circonscrit. Résection du vermis, guérison.

Obs. IV. 2 août. — Garçon 9 ans, vu le 3^e jour. Opéré le 5^e après localisation des symptômes. Pus blanc verdâtre abondant, collecté en bas et en avant. Résection de l'appendice dans le foyer, guérison normale.

Obs. V. — Appendicite. Péritonite mal circonscrite. Incision de Roux: guérison.

5 novembre. — Garçon de 12 ans, quelques douleurs à plusieurs reprises; constipé. Début le jeudi Vomissements. Temp. 38,4. Pouls 120. Opération le jeudi matin. Pas de pus. Un peu d'épanchement péritonéal. Appendice adhérent au cæcum.

Obs. VI. — Péritonite généralisée de cause appendiculaire, 28 octobre. Laparotomie médiane et iliaque. Mort.

Femme 38 ans. Brusquement le dimanche, péritonite généralisée, opérée le mercredi soir, la douleur a disparu. Ventre tout entier ballonné. Température, 40,5. Pouls, 130. La température s'élève encore après l'opération, 41, 41,6. Morte le lendemain matin.

Obs. VII. — Appendicite. Abcès iliaque. Incision de Roux: guérison.

18 décembre. — Fillette 9 ans. 2 à 3 crises antérieures, puis brusquement le samedi soir accidents graves; opérée le lundi soir, aspect très mauvais. Temp. 37,5. Pouls incomptable. Vomissements incessants. Pas de ballonnement du ventre.

Un verre et demi de pus bien lié, au dessous et en avant du cæcum. L'appendice n'est pas cherché. Pendant 48 heures état très grave, pouls à 150. Guérison.

ANNÉE 1899

Obs. VIII. — Appendicite pelvienne. Incision iliaque, fistule purulente. Guérison.

3 février. — Femme 29 ans. Il y a 4 ans, appendicite avec ouverture de la collection par le vagin; 2 mois de suppuration.

Reprise il y a 8 jours. État général très grave. Temp. 38,7, stuteur typhoïde, énorme collection occupant la fosse iliaque droite plongeant dans le pelvis, distendant le cul-de-sac vaginal droit.

Incision de Roux, 2 collections distinctes; la collection pelvienne contient du pus très fétide; guérison très lente. Une fistule pyostercorale, puis seulement purulente persiste.

Obs. IX. — Appendicite perforante. Péritonite. Incision iliaque. Ablation de l'appendice. Mort.

6 mars. — Homme de 26 ans. Première attaque grave en août dernier, rechute il y a 8 jours. Temp. 39,3, pouls 125. Pas d'empatement circonscrit, intervention immédiate.

L'épiploon protège l'intestin grêle, appendice perforé près de sa base. Entérolithe tombé dans la fosse iliaque.

Mort le surlendemain avec anxiété respiratoire, refroidissement, vomissements.

Obs. X. — Appendicite, abcès iliaque, incision de Roux, résection du vermis. Guérison.

15 mai. — Homme, 19 ans, première attaque il y a six mois, qui a duré 3 mois. Un empatement a persisté à droite. Reprise il y a 15 jours. Pas de phénomènes péritonéaux, mais temp. 39°. Pouls, 130. Aspect mauvais. Abcès contenant du pus fétide, circonscrit par des fausses membranes. L'appendice est réséqué dans le foyer. Guérison en 28 jours.

Obs. XI. — Péritonite généralisée appendiculaire, laparotomie médiane. Mort.

23 mai. — Jeune homme, 15 ans. Début il y a 10 jours à la campagne. Vu au 4^e jour par un chirurgien. L'intervention est retardée. Au 9^e jour, aggravation rapide. Intervention immédiate le 10^e jour. Pouls 150. Temp. 37. Ventre pas douloureux, ne résiste pas. On trouve un foyer péri-appendiculaire ouvert dans la grande cavité.

Les injections de sérum prolongent la vie 24 heures.

Obs. XII. — Appendicite perforante, abcès iliaque, incision de Roux. Guérison.

Fillette de 9 ans. Diarrhée fréquente. Début le jeudi. Au

8^e jour, temp. 39,3. Pouls de 112 à 120. Empatement localisé très net. Pas de signes péritonéaux. Un quart de litre de pus fétide. L'appendice n'est pas cherché. Au 8^e jour dans la plaie 2 entérolithes.

Obs. XIII. — Appendicite, péritonite circonscrite, incision de Roux, résection du vermis. Guérison.

30 septembre. — Homme de 30 ans. Première attaque il y a 6 mois. Vu au 6^e jour. Temp. 38,5. Peu de vomissements. Pas de réaction péritonéale. Pas de foyer localisé.

A l'incision un peu de sérosité louche. Un peu de pus en arrière du cæcum. Appendice très vasculaire turgescant.

Obs. XIV. — Appendicite, péritonite mal circonscrite, toxémie, incision de Roux. Guérison.

20 octobre. — Garçon, 12 ans, opéré le 5^e jour. Temp. 37,5, pouls 80. Pas de vomissements, facies subictérique, langue sèche.

Aucun travail de protection dans la fosse iliaque, pus blanchâtre, 3 cuillerées environ dans le sinus iliaque, aspect typhoïde pendant plusieurs jours. Séro-réaction reste négative, puis amélioration et guérison.

Obs. XV. — Péritonite généralisée de cause appendiculaire. Laparotomie médiane. Mort.

28 octobre. — Jeune homme de 25 ans, au 4^e jour. Temp. 39,8, pouls 150, agitation, vomissements incessants, ballonnement, aucune douleur. Issue abondante de liquide louche. Anses vasculaires énormes, recouvertes d'un exsudat puriforme. Foyer purulent à droite.

Mort au bout de 30 heures.

ANNÉE 1900

Obs. XVI. — Appendicite, abcès ilio-crural, incision. Guérison.

29 janvier. — M. X., 66 ans, a eu une première attaque il y a 4 ans avec ouverture dans le triangle de Scarpa. Une collection énorme est ouverte, elle descend dans la cuisse par le canal crural.

Obs. XVII. — Appendicite perforante, collection iliaque et inguinale. Incisions iliaque et inguinale. Mort.

30 avril. — M^{me} X., 45 ans. Début brusque par une douleur atroce dans l'aîne. Au 4^e jour, phénomènes très graves. Temp. 40°. Pouls 120 à 130, agitation; vomissements fécaloïdes.

Je vois la malade le 7^e jour. L'état paraît désespéré, une collection énorme fait saillie à la région inguinale.

L'incision iliaque tombe dans une collection de pus fétide énorme. Le pus s'engage dans un sac de hernie épiploïque.

Deuxième incision inguinale. Ecoulement de pus. Résection d'épiploon sphacelé et purulent. L'ablation est faite sur place, hors du ventre; la mort survient dans la nuit avec une agitation violente.

Obs. XVIII. — Appendicite aiguë, péritonite généralisée, laparotomie médiane: mort.

21 juillet. — M. X., mécanicien, 40 ans, est pris sur sa machine d'une attaque d'appendicite (la 1^{re}). Il continue son service toute la journée.

Le surlendemain seulement il est vu par un médecin, il est en pleine péritonite généralisée. Temp. 36,2. Pouls, 140. Vomissements fécaloïdes (ils ont été tels d'emblée.)

Mort au bout de 12 heures.

Obs. XIX. — Appendicite aiguë, abcès sous hépatique et pelvien, incision iliaque; mort.

22 mars. — Homme de 36 ans, début il y a 18 jours à Paris. Rentré chez lui au bout de 4 jours. Transporté d'urgence à Tours, le 18^e jour, opéré immédiatement. Depuis 8 jours, phénomènes diaphragmatiques. Point de côté. Douleur de l'épaule, un peu de toux. Depuis 4 jours phénomènes de rectite: selles muqueuses, glaireuses. Il y a des antécédents nets de colite muco-membraneuse.

A l'examen induration et empatement de tout le flanc et l'hypochondre droit, œdème de la paroi; collection pelvienne accessible par le rectum. Temp. 38,2. Pouls, 100, mais facies très mauvais. 2 collections distinctes: 1 sous-hépatique, pus putride; 1 pelvienne, pus laiteux. Plusieurs litres de pus. Mort 10 heures après.

Obs. XX. — Appendicite, abcès iliaque. Incision de Roux. Guérison.

16 novembre. — Homme de 26 ans, deux attaques antérieures: vu le 4^e jour. J'attends au 10^e jour; limitation de l'abcès. Pas d'ablation du vermis.

Obs. XXI. — Appendicite perforante, péritonite localisée. Incision de Roux, guérison.

21 décembre. — Garçon 14 ans. Mettray. Début il y a 5 jours. État typhoïde, temp. 40,5, sensation d'induration dans tout le flanc droit.

Un foyer purulent rétro-cæcal et colique, un pelvien. Résection du vermis sphacelé et perforé.

Guérison rapide en dépit de l'état très grave.

Obs. XXII. — Appendicite aiguë, péritonite mal circonscrite. Incision iliaque, guérison.

26 décembre. — Femme de 26 ans, début brusque avec phénomènes de péritonite.

Opération le 3^e jour. Ecoulement de sérosité louche, un peu de pus entre le cæcum et le péritoine pariétal.

Appendice libre, grêle, peu malade, réséqué.

ANNÉE 1901

Obs. XXIII. — Appendicite, phlegmon ilio-cæcal. Incision de Roux, guérison.

M. X., 66 ans, déjà opéré 2 fois pour les mêmes accidents: cette fois intervention plus précoce dans la fosse iliaque même. Guérison. Il y a limitation très nette de l'abcès du côté de l'abdomen. Depuis, pas de récurrence.

Obs. XXIV. — Appendicite aiguë, abcès antérieur. Incision de Roux, guérison.

11 mars. — Jeune homme, 17 ans, opéré à Vendôme le 5^e jour. Première attaque il y a 3 mois. Temp. 38,7. Pouls, 104. Abcès énorme. Pas de résection vermienne.

Obs. XXV. — Appendicite, abcès circonscrit iliaque. Incision de Roux. Guérison.

12 mars. — Femme, 25 ans. Première attaque; vue le 6^e jour, opérée le 7^e. Collection pelvienne et rétro-cæcale. Temp. 39,4. Pas de phénomènes péritoniques. Guérison rapide.

Obs. XXVI. — Appendicite, abcès iliaque. Incision de Roux, guérison.

10 avril. — Femme de 80 ans. Début, 10 jours. Opération à la cocaïne. Pus fétide. Guérison.

Obs. XXVII. — Appendicite circonscrite. Incision de Roux, résection de l'appendice, guérison.

10 mai. — J. R. homme, 35 ans, atteint de colite muco-membraneuse. Complications appendiculaires et crises depuis quelques mois. L'opération est faite au 10^e jour de la crise. L'appendice malade est réséqué. Guérison et amélioration très grande de l'état général ancien.

Obs. XXVIII. — Appendicite, abcès iliaque. Incision de Roux, guérison.

16 juin. — Enfant de 8 ans (garçon), opéré le 6^e jour. La collection est peu abondante. Drainage sans résection du vermis. Guérison rapide.

Obs. XXIX. — Appendicite, abcès circonscrit. Incision iliaque, guérison.

30 juillet. — A. D. Garçon, 10 ans, tuberculeux au début: deuxième attaque depuis 2 mois; est entré à l'hôpital le 10^e jour. Une plaque d'induration remplit toute la fosse iliaque. Incision le lendemain; un foyer purulent important est ouvert; drainage; pas de recherche de l'appendice. (L'enfant se comporte mal sous le chloroforme). Ultérieurement rechute en décembre, appendicéctomie à froid en janvier.

Obs. XXX. — Appendicite, abcès rétro-cæcal. Incision de Roux, guérison.

22 décembre. — L. B. Homme, 30 ans, à sa deuxième attaque: début il y a 8 jours. Collection très nette; suites excellentes. Revu, n'a présenté aucune récurrence.

ANNÉE 1902

Obs. XXXI. — Appendicite ligneuse. Incision de Roux, guérison.

10 septembre. — M. C. Femme de 35 ans; première attaque il y a 2 mois; a duré 3 semaines; reprise il y a 14 jours. Em-

pâtement dur de toute la fosse iliaque. Le cæcum est plongé dans une carapace de tissus durs, ligneux; pas de pus; pas d'ablation du vermis.

Au 4^e jour, un peu de suppuration par le drain, puis fistulette stercorale, qui guérit au bout de 8 jours. Depuis la malade va bien et paraît complètement guérie; le ventre est redevenu souple.

Obs. XXXII. 30 juin. — Appendicite. Péritonite mal circonscrite. Toxémie. Incision iliaque, guérison.

Fillette, 11 ans, St-Cyr. Début il y a 6 jours. Accalmie au 3^e; brusquement la veille aggravation. Pouls, 130, petit et irrégulier. Vomissements, ballonnement. Temp. 39,6.

Un foyer purulent est ouvert en dedans du cæcum vers le pelvis (un verre de pus). Détente immédiate; guérison complète.

Obs. XXXIII. — Appendicite circonscrite. Gangrène du cæcum. Incision iliaque. Guérison avec un anus contre nature.

13 juillet. — A. C. 50 ans, portefaix, est opéré au 7^e jour, pour une appendicite circonscrite avec peu de réaction générale, mais douleur très vive, facies et pouls très mauvais.

Une collection fétide est ouverte.

L'intestin paraît prêt à se sphaceler.

Au 6^e jour anus contre nature nécessitant une intervention ultérieure. Une iléocolostomie avec fermeture des bouts cæcal et iléal donne une guérison complète.

Obs. XXXIV. — Appendicite. Péritonite mal circonscrite. Laparotomie iliaque, guérison au bout de six semaines.

Homme de 38 ans opéré d'urgence au 10^e jour avec phénomènes péritonéaux graves. Foyer purulent autour du cæcum. Plaques fibrinopurulentes sur l'intestin, drainage, guérison.

Obs. XXXV et XXXVI. — Appendicites, péritonites circonscrites: Incisions iliaques. Guérison.

Septembre. — Ces deux malades (deux hommes) dans un état grave ont été opérés d'urgence dans mon service par le Dr Vialle. Ils ont complètement guéri. Pas de résections de l'appendice.

Obs. XXXVII. — Appendicite, abcès circonscrit. Incision de Roux. Guérison.

16 octobre. — Garçon de 8 ans, opéré au 8^e jour; l'abcès tend à percer en haut. Pouls 120; temp. 38,6. Phénomènes graves de toxémie, 2 foyers, 1 supérieur, 1 inférieur, drainage. Guérison rapide.

Obs. XXXVIII. — Péritonite diffuse de cause appendiculaire. Laparotomie iliaque. Guérison.

29 novembre. — J. L. 21 ans. Vu le 4^e jour. Intervention immédiate. Pouls 120, temp. 39°, vomissements incessants, épanchement péritonéal, avec facies très mauvais. Sérosité louche 1 l. 1/2 environ, drainage. Guérison après quelques jours très mauvais.

GROUPES DES APPENDICITES OPÉRÉES A FROID

ANNÉE 1899

Obs. I. — Appendicite à rechutes, résection du vermis, guérison.

31 janvier. — Homme de 30 ans. Père mort d'occlusion? Première crise à 18 ans, la quatrième il y a 2 mois, la plus grave, menaçante. Malade très amaigri, se nourrissant mal même entre les crises.

Appendice adhérent, long de 8^{cm}, très malade.

Le malade depuis sa guérison est transformé, il a engraisé beaucoup, mange beaucoup.

Obs. II. — Appendicite à répétition, résection du vermis, guérison.

17 mars. — Garçon de 18 ans. Deux attaques, la plus grave il y a 2 mois, a duré six semaines.

Appendice long de 6^{cm}, fusionné avec la paroi même du cæcum; le péritoine pariétal, fixé par des adhérences vasculaires solides. Au milieu petit foyer purulent. Dans la cavité appendiculaire un entérolithe.

Obs. III. — Appendicite à rechutes opérée deux fois à chaud, résection à froid du vermis, guérison.

21 septembre. — Jeune homme de 14 ans, opéré en mars 1898 et mai 1879 à chaud par deux incisions lombaire et iliaque.

Opération très pénible. L'appendice est collé à la paroi lombaire en arrière d'adhérences multiples.

Appendice: 8^{cm} de long, coudé, perméable, plein de pus, guérison complète.

ANNÉE 1900

Obs. IV. — Appendicite à rechutes, opération à froid; guérison.

20 août. — M. X. 42 ans, malade depuis 3 mois 1/2, a eu une poussée subaiguë, puis lésions chroniques douloureuses et empêchant l'alimentation: c'est un névropathe, il a de la colite ancienne.

Opération: adhérence du cæcum à l'épiploon et la paroi. Une anse grêle passe sous une bride épiploïque faisant un véritable pont. L'appendice est enchâssé lui-même dans une masse épiploïque, résection, guérison normale.

Obs. V. — Appendicite à rechutes, opération à froid, guérison.

21 août. — Homme de 26 ans, première attaque il y a 3 mois, deuxième il y a un mois. Un empatement persiste. Vermis très long adhérent à l'épiploon, résection.

Obs. VI. — Appendicite, opération à froid, guérison.

22 août. — Homme 28 ans. A sa première attaque, soigné à partir du 4^e jour. résolution en 10 jours, le 20^e jour intervention à froid. Résection facile de l'appendice non adhérent.

Obs. VII. — Appendicite à rechutes, opération à froid; guérison.

29 août. — Fillette de 15 ans. A sa quatrième attaque depuis 14 mois. Il n'y a jamais eu guérison complète, actuellement de l'empatement persiste: opération. Peu d'adhérence; appendice énorme, dur, en érection contenant du liquide stercoral, résultat parfait.

Obs. VIII. — Appendicite chronique, résection du vermis, guérison.

8 septembre. — Femme de 25 ans. Son état a fait croire à une péritonite. L'appendice en apparence sain, mais adhérent à l'épiploon. Après l'opération, la malade a énormément engraisé: est transformée.

Obs. IX. — Appendicite à rechute, pleurésie séreuse, résection à froid du vermis; guérison.

15 septembre. — Homme, 40 ans, présentant de la fièvre et des signes de pleurésie droite. Une pleurotomie est faite, on ne trouve que du liquide séreux peu abondant.

Un mois après, crise nette du côté de l'appendice. Refroidissement rapidement obtenu.

Opération difficile: l'appendice perdu au milieu d'adhérences est difficilement isolé.

Obs. X. — Appendicite chronique, résection du vermis; guérison.

22 décembre. — Femme de 25 ans, maigrit depuis 18 mois; présente des crises de vomissements incoercibles. Colite muco-membraneuse très nette.

En raison de la douleur au point de Mac Burney: résection du vermis. Guérison complète au bout de quelque temps. Appendice long de 11^{cm} plongeant dans le pelvis.

ANNÉE 1901

Obs. XI. — Appendicite, opération à froid; guérison.

4 février. — Jeune fille, 19 ans. Une attaque grave terminée il y a 15 jours. Douleur et empatement persistent. Appendice détruit, sauf la base. Un calcul stercoral, un peu de pus dans la fosse iliaque. L'épiploon circonscrit le foyer, lui-même a des points sphacéliques qu'on résèque. Drainage.

Obs. XII. — Appendicite à rechutes, résection de l'appendice à froid; guérison.

20 mai. — X., garçon, 22 ans, Azay-le-Rideau, 3 crises en 2 mois. — Opération laborieuse par la difficulté à dégager le vermis de ses adhérences.

Obs. XIII. — Appendicite perforante, opération à froid; guérison.

9 avril. — Jeune garçon, 16 ans, première attaque il y a

6 semaines avec rechute, guérison seulement depuis 10 jours.

Epanchement de sérosité dans le pelvis; une boulette stercorale libre; appendice long, décapité, très difficile à libérer d'adhérences nombreuses. Le malade, de mai à septembre, engraisse, après guérison, de 24 livres.

Obs. XIV. — Appendicite, résection de l'appendice à froid, guérison.

2 août. — Jeune homme, 18 ans, attaque légère il y a 3 mois. Au bout d'un mois, rechute grave durant 6 semaines. Actuellement guérison depuis 15 jours; il persiste de la douleur et un peu d'empatement.

Adhérences intimes, cæcum, épiploon et paroi; un peu de liquide; un entérolithe de l'angle cæco-iliaque, appendice long, perforé à la pointe, coudé, très altéré.

Je laisse une mèche. Suppuration légère pendant 10 jours par l'orifice, puis guérison.

Obs. XV. — Appendicite. Opération à froid, Rachi-cocainisation.

6 août. — J. J., 18 ans, deuxième attaque. L'appendice enflammé, adhérent, vide, paraît clos vers le tiers terminal. Céphalée et vomissements pendant 48 heures, dus à l'injection lombaire.

Obs. XVI. — Appendicite chronique. Résection à froid, guérison.

Jeune fille, 25 ans. Première attaque il y a 8 mois; depuis, état chronique. Appendice d'aspect sain en apparence. Des adhérences épiploïques; depuis, état médiocre. On peut suspecter une tuberculose.

ANNÉE 1902

Obs. XVII. — Appendicite à froid, résection du vermis. Guérison.

6 janvier. — Enfant de 14 ans, opéré à chaud. Elle a eu une nouvelle crise très grave il y a quinze jours. Opérée à froid; guérison.

Obs. XVIII. — Appendicite à rechutes, opération à froid. Guérison.

20 janvier. — Jeune homme 28 ans, de Langeais. 14 ou 15 attaques depuis 10 ans, appendice très long, très difficile à dégager d'un bloc compact d'adhérences.

Obs. XIX. — Appendicite opérée à froid. Guérison.

5 février. — Homme, 25 ans, opéré à chaud un an avant. Rechute. Opération facile.

Obs. XX. — Appendicite à froid. Guérison.

4 mars. — Jeune homme, 19 ans: une attaque très grave il y a 2 mois 1/2, a duré un mois.

Obs. XXI. — Appendicite à froid. Guérison après fistulette stercorale.

7 mars. — Garçon, 14 ans, atteint d'infantilisme, un testicule atrophié à gauche, rien à droite.

Trois accès appendiculaires depuis 1 an.

Incision de Jalaguiet pour rechercher en même temps le testicule droit.

L'appendice très long, très grêle, 12^{cm}, est complètement dépouillé de toute sa tunique séreuse. Malgré enfouissement du moignon, fistulette stercorale guérissant rapidement.

Obs. XXII. — Appendicite à froid. Guérison.

25 mars. — Jeune fille, 11 ans; attaque il y a 15 jours, arrêtée par le traitement médical le 5^e jour.

Obs. XXIII. — Appendicite, opération à froid. Guérison.

Jeune homme, 21 ans, 2^e attaque.

Obs. XXIV. — Appendicite et cõlite mucomembraneuse. Résection du vermis. Guérison.

11 avril. — Femme, 38 ans. Amélioration énorme de la cõlite antérieure. (Observ. publiée.)

Obs. XXV. — Appendicite opérée à froid. Guérison.

10 mai. — Jeune fille de 20 ans. J'assiste à la 1^{re} crise. Opération, après refroidissement.

Obs. XXVI. — Appendicite à froid. Guérison.

19 mai. — M^{me} D. de Vouvray, 22 ans, 3 attaques en 5 mois.

Obs. XXVII. — Cõlite et appendicite. Opération à froid; guérison.

21 juin. — M^{me} X. 28 ans. Amélioration extrême de la cõlite. (A été publiée.)

Obs. XXVIII. — Appendicite à froid. Guérison.

21 juillet. — M^{lle} X, 20 ans. Deux crises très légères. Peu de lésions apparentes.

Obs. XXIX. — Cõlite. Appendicite. Guérison.

10 août. — Garçon de 14 ans. Cõlite depuis 4 ans. 1^{re} attaque il y a 8 mois. Amélioration énorme de la cõlite (publiée).

Obs. XXX. — Appendicite à froid. Guérison.

14 août. — Homme, 35 ans, 2^e attaque. Opéré après refroidissement.

Obs. XXXI. — Appendicite à froid. Guérison.

18 août. — Homme, 38 ans. Attaque grave il y a 2 mois.

Obs. XXXII. — Appendicectomie à froid. Guérison.

20 novembre. — Jeune fille de 19 ans, à sa 1^{re} crise; opérée après refroidissement. Quelques adhérences. Appendice très long, médiocrement altéré, ne contient ni entérolithe, ni pus, ni corps étranger.

GROUPES DES OCCLUSIONS, SUITES D'APPENDICITE

Obs. I. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Incision iliaque. Appendicectomie. Mort.

5 juillet 1901: mort. — Femme, 34 ans. Crise aiguë il y a 3 semaines, durant 15 jours. Cessation complète des accidents, puis reprise il y a 48 heures.

Il y a plutôt des phénomènes d'occlusion, que de péritonite. Néanmoins, en raison des commémoratifs, incision iliaque. Quelques adhérences. L'appendice malade renferme du pus, intimement lié au cæcum.

Les accidents persistent. Mort 3 jours après, avec des symptômes absolus et typiques d'occlusion.

Malheureusement, les lésions appendiculaires ont empêché une intervention plus complète d'être poursuivie. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. II. — Garçon, 15 ans, tailleur de pierres. A eu quelques mois auparavant une crise très grave, prise au début pour une fièvre typhoïde. La guérison s'est faite par résolution.

Brusquement, il y a 4 jours, phénomènes d'occlusion aiguë. Quelques gaz auraient pourtant été encore émis pendant 48 heures.

10 octobre 1901. Laparotomie, guérison. — La laparotomie découvre un volvulus portant sur une anse grêle, passant au devant du grand épiploon. L'épiploon est fixé lui-même aux 2 fosses iliaques par ses deux angles inférieurs.

L'appendice est malade, adhérent. Il est reséqué; et l'examen le montre très altéré. Il y a des traces de péritonite dans toute la fosse iliaque droite.

Guérison après résection du grand épiploon.

La genèse des accidents paraît résulter des adhérences du grand épiploon dans les 2 fosses iliaques à la suite de la péritonite d'origine appendiculaire. L'épiploon fixé a laissé une anse grêle s'engager au devant de lui, et celle-ci gênée dans son fonctionnement a subi un volvulus.

Obs. III. — Occlusion, laparotomie (18 novembre 1902. Mort). — M^{me} P. 49 ans, n'a jamais eu d'attaques d'appendicite, mais à diverses reprises a souffert de violentes crises de coliques pour lesquelles aucun médecin n'a été appelé.

Brusquement occlusion complète, je vois la malade au bout de 48 heures. L'état est très grave, pas de localisation des douleurs.

A l'ouverture du ventre je trouve dans la fosse iliaque droite un appendice sphacélique formant une bride qui étrangle l'intestin. L'appendice est fixé par sa pointe à tel point que je dois le sectionner en son milieu entre 2 pincettes.

Immédiatement l'anse intestinale fait irruption. Cette anse est couverte de taches ecchymotiques, de plaques noirâtres, de fausses membranes fibrino-purulentes qui adhèrent à sa surface. Il y a du liquide répandu dans le ventre.

L'extrémité de l'appendice est totalement sphacelée, perforée, une boulette stercorale est tombée dans le ventre.

Résection du vermis. Isolement de l'anse malade dans la plaie, drainage.

Au 5^e jour, je pratique un anus contre nature dans l'anse malade, l'occlusion persistant.

Mort le 10^e jour par péritonite après 2 jours d'amélioration réelle.

QUATRE OBSERVATIONS DE PIEDS-BOTS PARALYTIQUES AYANT EXIGÉ DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES DIFFÉRENTES.

Arthrodèse — Tarsectomie — Astragalectomie
Anastomose musculo-tendineuse.

Par le Dr **BOUREAU**
Chirurgien en Chef de l'Hôpital de Clocheville.

J'ai présenté à la Société médicale d'Indre-et-Loire les quatre opérés dont les observations sont relatées plus loin, pour montrer que la cure chirurgicale des pieds-bots paralytiques était susceptible de donner de beaux résultats, si on l'associe à la restauration musculaire par l'électricité et le massage.

J'ai choisi pour fixer les idées quatre cas dissimulables qui ont exigé des interventions différentes, pour montrer qu'en fait de cure de pieds paralytiques, il n'y a pas de règles précises et qu'un opportunisme pratique devait seul servir de guide.

Alors même que la discussion ne porte que sur un fait, elle est déjà confuse, que deviendrait-elle si on voulait poser des règles générales ?

Je n'en veux pour preuve que la séance de la Société de chirurgie où Schwartz présentait un malade atteint de pied-bot paralytique fixe pour lequel il fit avec succès l'arthrodèse. — M. Quenu aurait préféré dans ce cas les sections tendineuses. — M. Marchand a demandé pourquoi on n'avait pas plutôt fait l'extirpation de l'astragale. — M. Kirmisson voulait restreindre les indications de l'arthrodèse aux pieds-bots paralytiques ballants (1).

On voit qu'il n'est pas inutile de donner quelques faits et de présenter quelques malades pour fixer des idées encore vacillantes.

En modifiant l'attitude des pieds atteints, la paralysie infantile donne lieu à deux états d'aspect très différents.

Tantôt, tous les muscles qui actionnent l'articulation tibio-tarsienne sont frappés en totalité. Le pied est inerte, *ballant*, c'est le pied de polichinelle. Tantôt, l'impotence se limite à certains groupes musculaires et permet au groupe antagoniste, désormais sans contre-poids, d'entraîner d'abord par contraction, de fixer ensuite par rétraction le pied dans le sens de sa puissance. C'est le pied-bot *fixe*.

Ces deux attitudes suivant l'état des muscles varient chez chaque sujet, mais la distinction clinique est capitale au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

Une première indication s'impose, quelle que soit l'attitude.

On doit recourir à l'électrisation galvanique pour restaurer les muscles susceptibles de régénération.

Un traitement prolongé par les courants continus réveillera la contractilité musculaire, dans le point où elle n'est pas définitivement perdue, et lorsqu'elle vous aura donné tout ce qu'elle peut donner, il sera temps de prendre le bistouri pour rectifier les attitudes vicieuses.

Je laisse à dessein de côté la technique de ce traitement et la recherche faradique des réactions de dégénérescence, absolument indispensable pour indiquer quels sont les muscles qui doivent être traités.

En dehors de ces deux premiers facteurs thérapeutiques vient compléter le traitement un troisième

agent d'une importance capitale : le massage méthodique de l'École suédoise, dont vous trouverez les manœuvres précises et bien réglées dans le traité de A. Wide, de Stockholm, traduit par Bourcart.

J'en fais constamment l'heureuse expérience.

En tous cas ce qu'on doit avant tout savoir, en présence d'un pied paralytique, c'est qu'on ne doit jamais l'abandonner à lui-même et rester inactif.

Non traitées, les attitudes vicieuses s'accroissent, s'immobilisent, les muscles s'atrophient sans espoir de retour, les rétractions de dégénérescence aggravent l'infirmité. On doit savoir qu'il est presque toujours possible de rectifier la statique du membre inférieur ; or le retour en bonne attitude c'est le sauvetage des muscles qui n'ont pas perdu tout pouvoir contractile.

Placés en conditions statiques normales, ayant retrouvé leur direction, leur point d'application régulier, les muscles éprouvent de ce simple changement de position une amélioration de leur puissance.

Tant il est vrai que la fonction fait l'organe.

Rectifiez un pied paralytique, placez-le en bonne attitude, il est bien rare que vous ne vous aperceviez peu à peu de la régénérescence des muscles du mollet.

Rectifiez l'attitude vicieuse d'une maladie de Little, et vous voyez peu à peu la tonicité musculaire reprendre son équilibre, bien plus, l'intelligence s'éveille.

En corrigeant l'attitude vicieuse, vous avez restauré la fonction musculaire ; et à son tour le muscle équilibré, développé, a réagi sur le centre nerveux qui l'actionne.

Voici pourquoi l'appareil prothétique doit être à jamais condamné ; il fixe les attitudes vicieuses, enlève aux muscles leur indépendance en lui donnant des tuteurs fixes.

Pas de tuteurs orthopédiques, on ne doit plus voir ces pesantes tiges d'acier fixer au sol par leur poids un membre qui a déjà perdu une partie de sa puissance musculaire.

PIED BALLANT PARALYTIQUE. — ARTHRODÈSE TIBIO-TARSIENNE

Enfant N. C., 10 ans.

Atteint de paralysie infantile remontant à une époque indéterminée. Le membre inférieur gauche a été touché dans sa totalité.

Atrophie considérable de la cuisse et de la jambe.

La marche est à peu près impossible. L'enfant peut à peine se tenir debout. Il traîne sa jambe ; il lui est absolument impossible de détacher le pied du sol.

Le pied et le genou sont absolument ballants. L'exploration faradique des muscles donne :

Pelvi-trochantériens : contractilité légère.

Triceps : réaction nulle.

Demi-tendineux, demi-membraneux et biceps ; quelques contractions.

Adducteurs : réaction légère.

Soléaire, Jumeaux ; réaction nulle.

Jambier antérieur, extenseur commun : réaction nulle.

Dès son entrée à Clocheville, on le soumet à des séances quotidiennes d'électrisation galvanique.

Lorsque la restauration des muscles aura donné tout ce qu'on peut en espérer, on pratiquera l'arthrodèse tibio-tarsienne, et s'il est nécessaire l'arthrodèse du genou pour transformer le membre inutile en pilon vivant rigide.

Après quatre mois d'électrisations, les muscles de la cuisse ont récupéré une certaine vigueur.

Le triceps fémoral s'est amélioré.

Le genou présente déjà une rigidité suffisante pour servir de point d'appui.

Le pied reste ballant.

8 décembre 1902. — Je pratique l'arthrodèse tibio-tarsienne.

(1) Mémoire de la Société de chirurgie, 1892, p. 94.

Ouverture de l'articulation en dehors ; on récline les péroniers. Ablation au ciseau des cartilages de l'astragale luxé en dehors sur ses trois faces.

Avivement à la curette de la mortaise péronéo-tibiale. Ouverture des articulations scaphoïdo-astragaliennes et calcanéo-cuboïdiennes ; avivement au ciseau.

Réunion profonde parfaite.

Quelques points de la surface cutanée se réunissent par seconde intention.

Après 60 jours d'appareil plâtré on commence à faire marcher l'enfant.

Massage et électrisations quotidiennes.

Actuellement le pied est solide, ankylosé, en bonne attitude.

Il appuie largement sur le sol.

L'enfant marche sans trop de difficultés avec une canne.

Dans le cas précédent comme dans tous les pieds ballants il me semble qu'il ne saurait y avoir de discussion. L'arthrodèse est l'opération de choix. M. Kirrmisson a eu raison d'insister sur l'indication de l'opération dans ce genre de pied-bot.

Où la question devient intéressante, c'est quand il s'agit de choisir le procédé d'arthrodèse.

Dans le précis de manuel opératoire de Farabeuf, la technique de l'arthrodèse tibio-tarsienne est étudiée sous ses différentes faces : — ankylose équine, ankylose de flexion : Tous les procédés procèdent par larges résections : résections cunéiformes du péroné, de la queue de l'astragale, du plateau tibial, etc...

Pourquoi ces mutilations osseuses ? Farabeuf, comparant l'articulation tibio-tarsienne à un cavalier assis sur l'astragale et maintenu à gauche et à droite par ses deux jambes, représentées par les malléoles, constate ailleurs que la résection d'un de ces appuis latéraux fait perdre l'équilibre au cavalier.

Pourquoi ne pas employer un procédé qui laisserait intacts les deux tuteurs de l'articulation ?

Or, ce procédé existe et c'est à lui que j'ai eu recours. Il a été mis en valeur par Phocas de Lille, et Piéchaud, de Bordeaux.

Après avoir placé la bande d'Esmarch, on pratique une incision transversale externe et on ouvre l'articulation en coupant les ligaments péronéo-astragaliens.

Les tendons péroniers découverts sont réclinés en arrière. La main saisissant l'astragale peut luxer le pied tout entier en dehors et permet au couteau d'attaquer les ligaments tibio-astragaliens de dedans en dehors. L'avivement se fait soit au ciseau plat qui découpe de minces tranches de cartilage, soit au bistouri à résection.

Les facettes articulaires de l'astragale sont mises à vif. La mortaise tibio-péronière moins accessible est avivée à la curette. Au total, les points d'appui de l'articulation sont tous respectés.

Ce n'est pas le seul cas où j'ai eu recours à ce procédé, j'en ai toujours été satisfait.

On a pu constater le bon résultat qu'il a donné sur le petit malade de l'observation précédente.

PIED PARALYTIQUE EN VARUS EQUIN — TARSECTOMIE — ARTHRODÈSE

Fillette B. J. — 14 ans.

Paralysie infantile à l'âge de neuf mois. Le membre inférieur atrophié a subi un arrêt de développement, 4 cent. de raccourcissement.

Exploration faradique des muscles.

Psoas iliaque, pectiné, pelvi-trochantériens : réaction suffisante. Biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, adducteurs : réaction assez bonne.

Triceps, droit antérieur : réaction nulle.

Cette disproportion de contractilité musculaire entre les muscles postérieurs et antérieurs de la cuisse a eu pour effet d'entraîner le tibia et de le placer en subluxation en arrière.

Muscles antéro-externes de la jambe : réactions nulles. Ceux de la région postérieure ont conservé quelque contractilité.

Pied en varus légèrement équin fixé.

L'enfant s'appuie péniblement sur le bord externe du pied. Elle ne peut marcher sans béquilles.

27 janvier 1902. — Tarsectomie par voie externe comprenant la résection en coin de la grande apophyse du calcaneum, la tête de l'astragale, et une portion du cuboïde.

En outre rectification au ciseau de la poulie astragaliennne et avivement de la mortaise péronéo-tibiale.

Section du tendon d'Achille.

Au bout de 60 jours le pied en bonne situation permet la marche.

Massage et électrisations.

Actuellement l'enfant marche assez bien avec le seul aide d'une canne. Le pied porte franchement sur le sol.

Cette tarsectomie a été faite en adoptant la méthode de Nélaton, c'est-à-dire en cherchant à conserver une partie de la poulie astragaliennne.

On a soutenu qu'il était constamment nécessaire de faire l'astragalectomie complète. L'observation précédente et la suivante montrent, par leurs bons résultats, que la correction de l'attitude vicieuse peut très bien s'obtenir en se contentant d'enlever la tête de l'astragale luxé, et de sculpter la poulie astragaliennne de façon à permettre sa réintroduction dans la mortaise péronéo-tibiale.

Le pied garde sa voute plantaire, ne s'affaisse pas, le membre inférieur ne perd pas un centimètre de sa longueur, point capital pour un membre déjà trop court.

PIED PARALYTIQUE FIXÉ EN VARUS EQUIN. ASTRAGALECTOMIE — ARTHRODÈSE

Fillette Ch. G. 14 ans.

Paralysie infantile datant de l'enfance, ayant touché le membre inférieur gauche.

Les appareils prothétiques les plus variés et les mieux faits ont été prodigués à l'enfant.

Elle arrive avec un appareil à ceinture pelvienne pourvu de deux tuteurs latéraux et à leur extrémité d'une bottine rigide.

Le membre emprisonné dans cette armature ne sert absolument à rien pour la marche.

Le pied est en varus équin absolument fixé par les rétractions musculaires.

Exploration faradique des muscles : muscles pelviens et pelvi-trochantériens ; réactions assez bonnes.

Triceps fémoral, adducteurs : réaction nulle.

Muscles postérieurs de la cuisse : réaction médiocre.

Région postérieure de la jambe : réactions très faibles.

Région antéro-externe : réactions nulles.

Le 20 janvier, ouverture du tarse par incision externe, résection de la grosse apophyse du calcaneum, et de la tête de l'astragale ; on modèle au ciseau la poulie astragaliennne de façon à permettre sa réadmission dans la mortaise tibio-péronière, avivement de cette mortaise.

Section du tendon d'Achille.

Au bout de 60 jours la malade peut asseoir sur le sol un pied rigide en bonne attitude.

Massages et électrisations quotidiennes.

Actuellement, l'appareil prothétique est supprimé, l'enfant utilise son membre inférieur. La marche avec le seul aide d'une canne est possible.

PIED PARALYTIQUE MOBILE DÉVIÉ PENDANT LA MARCHÉ EN VALGUS. — ANASTOMOSE MUSCULO-TENDINEUSE

Enfant G. R., 4 ans.

L'enfant aurait été atteint à trois ans et demi d'une affection qualifiée de méningite cérébro-spinale, accompagnée de douleurs très vives, de fièvre.

A la suite de cette maladie, les membres supérieur et inférieur droits sont restés inertes.

Le bras retrouve peu à peu ses mouvements, seul le membre inférieur s'atrophie.

L'enfant au moment de son admission marche très péniblement. L'articulation tibio-tarsienne très mobile laisse verser le pied en dehors. Le membre traîne à terre; impossibilité de soulever le pied. Exploration faradique. Les muscles du bassin ont de bonnes réactions. Muscles de la cuisse: réactions médiocres. Muscles de la jambe, atteints partiellement.

Jambier postérieur, jambier antérieur et extenseur: réactions nulles.

Péronés: réactions médiocres.

Électrisations et massages du mois d'août 1902 à janvier 1903.

A cette époque le pied a moins de tendance à se porter en valgus. Il est plus soutenu par les muscles. Il a retrouvé une partie de ses mouvements volontaires.

Il se porte en abduction, en flexion, en extension, mais il ne peut se porter en adduction.

L'exploration électrique révèle une réaction meilleure des muscles de la région antéro-externe.

L'extenseur du gros orteil a retrouvé sa puissance musculaire, alors que le jambier antérieur reste inerte.

Ces deux muscles ont une direction à peu près parallèle, leur volume est sensiblement le même; on connaît du reste la valeur de l'extenseur du gros orteil qui seul soutient la danseuse pendant ses pointes.

Je pensai qu'il était possible de faire faire par l'extenseur la suppléance du jambier.

16 janvier 1902. — Après ouverture des deux gaines au dessous du ligament annulaire du tarse je sectionne le tendon du jambier — son bout inférieur est passé dans une boutonnière longitudinale pratiquée dans le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, son bout supérieur est suturé au bout inférieur.

En outre, les deux bords des deux tendons sur une longueur de quatre centimètres sont suturés au fil d'Alsace et à l'aiguille de courtière.

Les deux gaines tendineuses sont fusionnées en une seule et suturées au catgut au dessus des tendons.

Sutures cutanées sur le tout. Réunion par première intention.

Au 15^e jour, l'anastomose tendineuse fonctionne parfaitement.

L'enfant porte au commandement son pied en adduction et on sent sous le doigt le tendon de l'extenseur exécuter ce mouvement.

Le massage et les électrisations sont continués.

Actuellement, l'enfant bien chaussé marche le pied en bonne attitude.

A la première visite de ce malade, il semblait, à en juger par l'impotence du membre, son atrophie, qu'on devait se résoudre à pratiquer sur un genou et sur un pied aussi ballants, une double arthrodèse pour transformer le membre en pilon rigide.

Nous avons cru devoir attendre et essayer, avant de prendre une décision, le traitement électro-thérapique et le massage.

Bien nous en a pris, car au bout de quelques mois les muscles avaient retrouvé une grande partie de leur vigueur. Le genou s'était consolidé par la restauration des muscles fléchisseurs de la jambe.

Au bout de six mois, la restauration partielle a permis d'écarter les arthrodèses et de se contenter de l'anastomose musculo-tendineuse.

Nouvelle preuve que dans le traitement des pieds bots paralytiques on doit savoir attendre, utiliser en dehors de l'intervention chirurgicale les ressources de l'électrisation et du massage, et ajouter à l'ensemble beaucoup de patience.

A QUOI LES STATIONS D'EAUX ÉTRANGÈRES DOIVENT-ELLES LA VOGUE QU'ELLES ONT EN FRANCE.

Par le D^r L. BARTOLI.

Ancien interne p^{re} des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Châtel-Guyon.

Vous entendrez dire partout, dans le monde médical comme dans le public, que les stations d'eaux étrangères — et en disant cela on veut parler surtout des stations allemandes — présentent de grands avantages sur les stations françaises.

Ces avantages résideraient dans le manque — chez nous

— de confortable, de distractions et surtout dans le manque d'observation du régime pendant la cure hydro-minérale. Il nous semble que l'on a exagéré la supériorité de ces stations et qu'il est antipatriotique d'envoyer de l'autre côté de la frontière des malades qui auraient pu se soigner aussi bien dans les stations françaises.

Il faut bien le reconnaître, un certain nombre de médecins, dans le but de se faire un renom à l'étranger et de devenir pour certains de leurs confrères étrangers le *médecin consultant*, n'hésite pas à décrier les stations d'eaux de leur pays et à prôner celles de l'étranger. En échange des malades envoyés à ces stations, ils se créent des amitiés intéressées qui leur rapportent gloire et surtout profit. Heureusement, ces confrères qui ne comprennent pas leurs intérêts sont une infime partie. Mais il faut bien l'avouer, d'autre part, aussi, certaines infractions aux règles de la déontologie médicale font que les médecins, des grandes villes en particulier, ne se soucient pas d'envoyer aux eaux des clients qui quelquefois seront perdus pour eux. Car il existe des médecins d'eaux sans scrupule, qui essaient de continuer leurs soins même après le départ du malade de la station thermale, qui prescrivent à ces malades ce qu'ils auront à faire en rentrant chez eux, et entretiennent avec ceux-ci une correspondance suivie. Ils ignorent ou font semblant d'ignorer que ces clients ne leur ont été confiés que pour être conseillés et guidés dans le traitement hydrologique, que leur rôle finit avec le séjour des malades dans la station. Une fois rentrés chez eux, ces malades rentrent de droit sous la surveillance et la direction de leur médecin habituel, et ne doivent rien demander au médecin d'eaux qu'ils ont quitté.

Ces critiques une fois faites, voyons si nos stations françaises sont aussi inférieures que l'on veut bien dire, aux stations étrangères.

Nous pouvons, sans crainte d'être taxé d'exagération, affirmer que nos stations, qu'elles soient dans les Pyrénées, les Alpes, les Vosges ou l'Auvergne, se trouvent dans des sites plus jolis et bien plus hygiéniques que les stations étrangères similaires.

Aucun pays ne peut rivaliser avec la France pour le climat, et ce n'est pas dans les pays du Nord où règnent le plus souvent la brume et la pluie, que le malade, dont l'état nerveux a besoin de soleil et de lumière, trouvera les meilleures conditions hygiéniques pour son rétablissement.

Sans avoir donc ce climat triste qui influe sur l'état moral du malade, nos stations ne se trouvent pas non plus dans des régions trop mondaines, sans être, pour cela, dans des régions complètement solitaires. De même qu'il ne faut pas trop de plaisir, il ne faut pas trop de solitude. La plupart des malades qui viennent refaire leur santé dans les stations ont certainement besoin de calme, mais il ne faut pas que la transition soit trop brusque.

L'individu, qui vit par le cerveau, ne doit pas être brusquement condamné à ne plus penser, à vivre de la vie végétative. Il doit trouver du calme pour son esprit trop tendu, et il le trouve en s'isolant dans les endroits environnant la station, dans le parc même; mais il doit aussi pouvoir rentrer de temps en temps dans la vie et se replonger dans les distractions artistiques et intellectuelles. C'est ce qu'il trouve dans les villes d'eaux françaises. Cette détente des nerfs se produit ainsi insensiblement, sans transition brusque, sans effort et surtout sans ennui. Il n'est pas sévère, tout d'un coup, des besoins journaliers; peu à peu il se laisse aller au repos de l'esprit et du corps qui fait que cette villégiature, loin des centres mouvementés, au début acceptée avec répugnance, lui plaît davantage. De plus cette espèce de transition insensible va mieux au caractère fran-

çais qui n'aime pas à être mené à la baguette, à subir un régime de caserne comme l'Allemand en particulier. Et c'est ce qui nous permet de dire que le troisième reproche : manque d'observation du régime pendant la cure hydro-minérale fait aux stations thermales françaises n'est pas juste.

Le Docteur Janicot, de Pougues, avait essayé d'installer, il y a quelques années, à l'instar des stations allemandes, des tables de régime, concurremment aux tables d'hôtes ordinaires. Cefut un échec. Le Français, sociable par excellence et nerveux par surcroît, n'aime pas être relégué dans une partie distincte d'un hôtel (car il n'y a pas que des malades dans les hôtels de villes d'eaux, il y a des touristes et les familles des malades), ni à être contraint à ne manger qu'un nombre très limité de plats, toujours les mêmes. Il a un estomac plus délicat, capricieux si vous voulez, mais il aime aussi pouvoir choisir ce qui lui plaît. Aussi le régime allemand ne convient, ni à son estomac, ni à son caractère. Que faire alors dans ce cas, c'est ce que les médecins de Châtel-Guyon ont tenté pour la première fois en France. Ils ont institué des plats de régime destinés à suppléer ceux que les malades ne peuvent manger. Un mets défendu à la table d'hôte n'est pas supprimé, mais il est remplacé par un plat de régime. Chaque malade en arrivant reçoit une liste imprimée de mets dits de régime qu'il trouvera à chaque repas en remplacement des mets qu'il ne pourra prendre. De cette façon il n'est pas isolé à une table particulière, il peut rester à côté des siens venus pour l'accompagner, ou des amis de passage qui ne suivent aucun régime; il n'est pas contraint à ne manger toujours que les mêmes plats, car le choix de ces mets permis a été fait avec la plus grande libéralité possible. Le médecin peut seulement indiquer, suivant l'état de son malade, l'emploi ou la défense de certains plats portés sur cette liste. Il en résulte que le malade, ne se trouvant ni isolé, ni contraint à une règle inflexible, conserve sa liberté dans un pays où l'enrégimentation ne va pas avec les mœurs et le caractère des gens, et emporte un souvenir plus agréable de son passage dans la station. Aussi sommes-nous certain que les stations françaises, loin d'être inférieures aux stations étrangères, leur sont supérieures ou tout au moins égales. Elles constituent une richesse naturelle dont le pays tout entier est appelé à bénéficier, et si les médecins, au lieu de n'envisager que la question d'intérêt personnel, voyaient plus haut; s'ils s'unissaient pour dire bien haut que la France est le pays le mieux pourvu d'eaux et dans les meilleures conditions, nous ne verrions pas tous les jours nos compatriotes aller se confier et laisser leur argent à des étrangers — qui en retour ne nous donnent rien. Voit-on beaucoup d'Allemands venir en France. Très habiles pour faire leur fortune, ils nous accueillent à bras ouverts, mais retiennent chez eux tous leurs malades, nous donnant de cette façon une leçon de patriotisme. Aussi l'Allemagne a développé, pour faire prospérer ses stations d'eaux, une activité prodigieuse. Depuis 1870, ses stations ont progressé dans la proportion de 100 à 125 0/0, tandis que les stations françaises n'ont gagné que 25 à 30 0/0. Il faut reconnaître aussi que les Allemands ont tout fait pour faire connaître la valeur thérapeutique de leurs eaux.

A Berlin existe une chaire d'hydrologie, tandis qu'en France l'enseignement des eaux n'existe pas. Combien de médecins connaissent non pas les indications et les contre-indications des eaux, mais même le genre des eaux, leur valeur thérapeutique. Or, la thérapeutique actuelle change. On ne se contente plus de la thérapeutique médicamenteuse, on fait aussi de l'hygiène. Eh bien! la thérapeutique hydrologique trouve sa place entre l'hygiène qui prévient

les maladies et les médicaments qui cherchent à les guérir.

Bien des améliorations doivent être ainsi apportées et il n'est pas de petits détails, qui n'aient leur importance. Les communications pourraient être plus faciles. Les Compagnies pourraient non seulement créer des billets permettant un séjour aux stations, mais aussi établir des communications entre les stations. Les Allemands appellent « Nach-Cur » une cure complémentaire, qui consiste, après le traitement de l'organe primitivement atteint, dans une cure des organes qui ont été secondairement touchés, ou dans la cure de l'état général modifié par l'anémie, le lymphatisme ou d'autres états pathologiques. Ils ont permis, par les moyens de communication, aux différentes stations de se compléter au lieu de s'isoler, comme on a malheureusement trop de tendance à faire en France.

Aussi, profitons des leçons qu'ils nous donnent, employons tous les moyens pour retenir chez nous nos malades. Secouons notre torpeur, unissons-nous, laissons de côté les quelques médecins qui, par calcul ou snobisme, ne veulent pas reconnaître ce que nous possédons, et sachons défendre notre bien et garder pour nous ce que tant d'autres vont donner à l'Etranger.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE THERMALE PYRÉNÉENNE

Par le Dr H. GUINIER

Ancien agrégé de Montpellier, et Médecin thermal à Cauterets

Lourdes, Juin 03.

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

J'ai bien reçu les numéros de la *Gazette médicale du Centre* que je vous avais demandés, et j'y ai lu avec intérêt les LETTRES SUR LA BOURBOULE.

L'auteur, Dr A. presque anonyme, s'y révèle un jovial et intelligent confrère, parfaitement sceptique en eaux minérales, — comme tant d'autres d'ailleurs... et comme je l'étais moi-même en 1862, avant de visiter les Pyrénées et d'y exercer à Cauterets, avant de *voir*, de *consommer* pour mon propre compte, et de *sentir* les effets curateurs. — Le Dr A. très courtois d'ailleurs, agrmente son scepticisme des fusées d'une imagination pleine de verve; et il excite le désir d'une rencontre personnelle permettant surtout de *causer*.

Combien alors il serait facile de lui découvrir la fragilité de son argumentation primesautière, de railler un peu sa prétendue *suggestion*, principal facteur, selon lui, d'une cure thermale efficace, de le faire témoin de ces cures thermales des animaux, — authentiques et non imaginaires celles-là, — si intéressantes à observer et à suivre, — comme celles qui se font, de temps immémorial, à Cauterets par exemple, où les étalons, épuisés par la monte, viennent réparer leur énergie génitale, où chaque été les vétérinaires envoient, sous nos yeux, guérir de la pousse ou catarrhe pulmonaire chronique les chevaux et juments de la région!... — De la suggestion?... et chez les animaux?... Allons donc!... — Et c'est merveille de voir ces animaux dirigés par leur instinct, — bien plus sûr pour eux que nos plus magistrales formules, — *boire avec avidité* l'eau sulfurée de la *Raillère*, et *refuser obstinément* l'eau sulfurée de *Mauhourat*, sa voisine, malgré l'agréable sapidité de celle-ci au goût de l'homme qui en fait à Cauterets son breuvage de choix.

S'il venait à Cauterets, le Dr A. ne résisterait pas à l'évidence.

Son croquis à grands traits de la « dame au chien bourru » sortant de l'atmosphère asphyxiante de la salle d'inhalation, toute rouge, toute congestionnée, souffrant de la tête, ayant du vertige et se faisant transporter dans une chaise à porteur, est tout à fait réussi; et ses réflexions sur la « bêtise humaine » sont pleines d'humour et d'actualité.

Mais, s'il venait à Cauterets, il pourrait voir que les sources curatives que l'on y emploie, en bains et douches, pour modifier favorablement le rhumatisme, la goutte, l'herpétisme, la scrofule, n'agissent pas « tout bonnement parce qu'elles sont très chaudes » mais, au contraire, *malgré* qu'elles soient très chaudes, par un effet absolument *sédatif* très appréciable, tantôt sur les tissus avariés des enveloppes vivantes (peau et muqueuses) dont elles calment l'irritabilité et cicatrisent les érosions, tantôt sur les centres nerveux dont elles régularisent la fonction, dont elles provoquent des réflexes curateurs, et qu'elles détendent parfois par de véritables décharges fluctionnaires sur les tissus fibreux et musculaires des membres, — terrain de résistance solide, où les actes morbides peuvent être désagréables à subir, mais au moins ne compromettent jamais la vie, comme ils le feraient sur un viscère important (poumon, estomac, etc.)

Il n'y a là vraiment rien de « spécifique ou surnaturel ».

Et probablement aussi son intellect arriverait-il à comprendre, *sur place*, « ce que c'est qu'une eau vivante et une eau morte » et à trouver « une énorme différence entre l'eau prise à sa source et l'eau transportée ».

Ce sont, en effet, il faut y insister, les seules sources médicinales *sérieuses*, celles qu'une expérience séculaire a catégoriquement démontré salutaires et puissamment curatives, comme le sont celles de Barèges, Eaux-Bonnes et Cauterets, — Cauterets surtout qui les résume et représente toutes. — Ce sont ces admirables médicaments thermaux naturels (Cauterets, Barèges, Eaux-Bonnes) qui ont eu la gloire, au temps de Bordeu (1720) de fonder, par leur légitime renommée, la grande industrie des Eaux minérales, — ce sont ces eaux étranges, ces liquides médicinaux naturels, si mystérieux encore dans leur constitution atomique, mais si populaires dans leurs applications curatives, qu'il faut étudier de près et sans parti-pris, si l'on veut se faire une idée pratique de l'état physiologique d'une eau minérale médicinale.

Le Dr A. en arriverait très naturellement, à Cauterets, non pas à croire à la « vie » de l'eau thermo-sulfurée pyrénéenne, mais à y constater un mode d'être, particulier à celles de ces eaux authentiquement médicinales (car elles sont loin d'être toutes médicinales au même degré), qui les rapproche analogiquement du végétal alimentaire, dans ses applications à l'hygiène thérapeutique.

N'a-t-on pas dit, avec un grand sens pratique, qu'une eau sulfurée pyrénéenne hyperthermale *entrait en agonie* dès son jaillissement à l'air libre,

et, selon l'énergique expression de Bordeu, n'était plus qu'un *cadavre* après son complet refroidissement ?...

De là, les difficultés, jusqu'ici insurmontables pour le chimiste, de pénétrer l'intime constitution de ces liquides naturels, et l'impossibilité, dans l'état actuel de nos connaissances, de déterminer le « pourquoi » des propriétés curatives, personnelles à chacune de ces fontaines renommées et si précieuses au malade.

Le thérapeute n'est-il donc pas dans la même situation *empirique* en se servant de nos plus héroïques médicaments, le quinquina, l'opium, la digitale, etc., etc. ?...

Il est un autre point que je voudrais élucider aussi : c'est le rôle respectif du médecin ordinaire et du médecin thermal, c'est la direction, sur place, de la cure thermale.

« C'est, dit le Dr A., le médecin ordinaire qui doit indiquer le traitement à suivre ; le médecin des stations thermales doit surveiller ce traitement et, à moins d'urgence, il ne doit rien faire de nouveau sans l'avis du médecin ordinaire ».

C'est réduire en vérité à un rôle bien modeste de simple surveillant le rôle du médecin thermal. D'un autre côté, pour ce faire, il faudrait que tous les médecins éloignés des Eaux possèdent une connaissance exacte et complète de la matière thermale ; et l'on sait combien les éléments de cette connaissance font défaut.

Un seul exemple me suffira pour éclairer la question.

Je possède, dans ma collection, une ordonnance de Trouseau, du grand professeur parisien (et j'en ai d'autres analogues), prescrivant à un malade qu'il m'adressait, pour une cure thermale à Cauterets, des *douches* à *Mauhourat*. Or, depuis deux cents ans, la source de *Mauhourat*, peu abondante, jaillit au fond d'une grotte (*Maü*, mauvais, — *Hourat* trou) où elle n'a qu'une modeste buvette à jet continu !..

Non, le médecin ordinaire, s'appellerait-il Trouseau, Gubler, ou autre prince de la science, est *absolument incapable* de prescrire, en conscience, les diverses données d'une cure thermale avec des sources *sérieuses*, encore moins de diriger de loin cette cure.

Dans une station vraiment importante, telle que celle de Cauterets, où la multiplicité des fontaines médicinales et leur grande variété d'action, où l'outillage balnéaire compliqué, exigent pour leur bon emploi des connaissances et une suffisante expérience locales, aucun médecin éloigné ne peut se rendre compte de l'action thérapeutique à laquelle le malade, en cure thermale, est soumis.

Il faut bien savoir, en effet, qu'à Cauterets comme dans toute station médicale analogue, chaque cure thermale représente en réalité une action thérapeutique réglée, méthodique, au cours de laquelle les réactions du sujet sont le guide principal des décisions du médecin thermal.

CHLOROFORME DUMOUTIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

La dose de boisson, le choix de la source, le nombre des bains et douches, leur température, leur durée, la durée totale de la cure, etc., sont autant de facteurs très importants d'une cure thermale sérieuse, et chacun de ces facteurs doit s'adapter au cas particulier. — La « bêtise humaine » est seule susceptible d'accepter ces cures thermales, à pile ou face, au petit bonheur, des vingt jours traditionnels, avec tant de verres à boire, tant de bains à prendre, etc., — épreuve mécanique que la légende, la mode ou le simple caprice, impose trop souvent aux malheureux clients. Agir ainsi, c'est méconnaître la *médication spéciale*, les richesses curatives que la nature nous offre, dans les Pyrénées thermales, mais qui ne deviennent pratiquement efficaces qu'à la condition expresse de savoir les utiliser avec méthode, expérience et discernement.

Quarante ans de pratique thermale à Cauterets m'autorisent donc à affirmer que le rôle du médecin ordinaire doit se borner à choisir d'abord la station thermale à laquelle le malade doit être envoyé ; puis, s'il en connaît suffisamment les sources et l'outillage, il peut indiquer au médecin thermal la ou les sources à employer et avec quel outillage. Mais il doit rester étranger à l'application, sur place, de la médication spéciale par le remède thermal.

C'est précisément la méconnaissance de cette règle élémentaire qui rend si souvent inefficaces, ou tout au moins précaires, les cures thermales les mieux indiquées. Par suite des entraves apportées par la prescription du médecin ordinaire, prescription connue du malade et commentée par lui, le médecin thermal, gêné dans sa direction rationnelle, ne peut obtenir tout le résultat désiré.

« On ne peut apprendre à connaître une station dit le Dr A., que dans la station même » ; et, pour cela, il faut du temps, des observations sur place, nombreuses et suffisamment comparées, seul, le médecin thermal est en mesure de réaliser ce programme.

« Les médecins d'eaux, dit en effet le Dr A., voient réunies, groupées, toutes les formes des maladies chroniques que les autres médecins rencontrent éparses. Toutes les formes de rhumatismes chroniques, toutes les affections chroniques de l'estomac, du foie, de l'intestin etc., ils les voient tous les jours. Personne mieux qu'eux ne peut synthétiser les diathèses, etc. »...

Mieux que d'autres, ils apprennent l'évolution, normale ou anormale, des diverses dyscrasies, la marche de l'état morbide chronique, enfin les conditions du terrain pathologique propre à chaque individu, son degré de résistance, ses forces actives, en un mot sa capacité médicatrice. De là, leur aptitude spéciale à adapter à chaque cas les ressources balnéaires dont ils disposent ; et quand, comme à Cauterets, ces ressources balnéaires sont multiples, facilitées par une expérience et des observations séculaires, la cure thermale ne saurait manquer de réussir.

Mais je ne saurais m'attarder plus longtemps à cette causerie critique, trop rapide malgré sa longueur (car le sujet est inépuisable) ; et je passe aux applications locales de nos eaux, dans la région gutturale, *inhalation, humage, pulvérisation, douche nasale et gargarisme*, et à l'examen critique de

leur emploi actuel, que vous avez bien voulu me demander.

..

Il faut placer ici une remarque générale, spéciale à l'*inhalation*, au *humage*, à la *pulvérisation* des Eaux sulfurées pyrénéennes dans leur usage thérapeutique.

On sait que les Eaux sulfurées pyrénéennes les plus réputées en médecine thermale sont *instables*, elles perdent leur soufre par le refroidissement ; elles se décomposent assez rapidement, au contact de l'air libre, pour que l'on ait dû renoncer à les exporter en tonneaux (comme cela a été essayé à Cauterets), et que l'on ait dû se résigner à les exploiter *sur place* et même le plus près possible de leur jaillissement au niveau du sol. — ce qui malheureusement n'est pas toujours facile, les jaillissements étant le plus souvent profondément enfouis au flanc de la montagne et dans des points difficilement accessibles.

À Cauterets, par une heureuse chance, les jaillissements des sources les plus actives et les plus efficaces se trouvent à fleur de terre et facilement accessibles. Les *Thermes* de la *Raillère*, du *Bois*, du *Pré*, du *Petit Saint-Sauveur*, de *Pauze*, de la *Buvette* de *Mauhourat*, ont pu être édifîés sur le *naissant* même des sources, précieux avantage tant envié et que l'on rencontre si rarement ailleurs qu'à Cauterets, circonstance spéciale qui explique peut-être l'étonnante puissance curative de ces sources célèbres. Les *Thermes de César et Espagnols*, les *Néothermes* du *Rocher et Rieumiset*, sont construits à environ deux cents mètres des jaillissements. Seuls les *Thermes des œufs* sont à environ quinze cents mètres des griffons.

De tous ces établissements, épars dans le bassin thermal de Cauterets, à des distances assez grandes, les premiers (*Raillère, Mauhourat*, etc.), les plus éloignés des habitations, sont les plus fréquentés par les malades, et les *Thermes des œufs*, édifîés au centre de la ville, sont à peine visités par les baigneurs.

L'instabilité des Eaux sulfurées pyrénéennes oblige le médecin à se demander ce que devient le médicament thermal dans l'*inhalation*, le *humage* et la *pulvérisation*. Dans ces diverses installations balnéaires, l'eau sulfurée est soumise à des manipulations multiples, dangereuses à la conservation de son intégrité native. Du réservoir qui la reçoit, elle passe dans tout un système de tuyautage qui la conduit à l'appareil terminal où elle se pulvérise pour l'usage. Chacune de ses molécules est alors mise en contact avec l'air sous forme de brouillard humide.

Les chimistes sont intervenus. Ils affirment que la *sulfuration* est suffisamment conservée à l'eau de *César* et à l'eau du *Pré* (les seules, à Cauterets, utilisées de cette façon) pour lui conserver ses propriétés médicamenteuses. Mais il faudrait d'abord établir que ces eaux agissent surtout par le *soufre* qu'elles contiennent ; et c'est là la grosse difficulté.

Après quarante ans de pratique thermale, je ne crois pas l'on puisse actuellement affirmer l'action prédominante du *soufre* dans les effets thérapeutiques observés par le clinicien à Cauterets, Barèges ou Eaux-Bonnes ; et depuis plus de dix ans, je m'efforce d'établir cette thèse.

Il n'y a pas que le soufre dans les eaux sulfurées pyrénéennes. Leur décomposition à l'air, leur altération, est encore mal connue.

Reste donc la question: *que devient le médicament thermal à l'état de pulvérisation ?*

Pour moi, comme pour tous les observateurs sans parti-pris, l'inhalation, le humage, la pulvérisation ne sauraient être que des accessoires, dans une cure thermique pyrénéenne avec des eaux médicinales, telles que celles de Cauterets.

Ces procédés balnéaires sont d'ailleurs d'installation relativement récente. Ils ont été inaugurés dans des stations thermales dont les résultats thérapeutiques restaient inférieurs à ceux des stations originelles de Barèges, Cauterets et Eaux-Bonnes. Cauterets n'a fait que suivre l'impulsion ; il a dû sacrifier à la mode, mettre son outillage au niveau des progrès de l'industrie balnéaire, utiliser sa grande quantité d'eau médicinale pour satisfaire aux exigences de la clientèle : le malade a plus confiance à la médecine du mal local qu'à la médecine pathogénétique.

Mais la cure thermale vraie consiste, toujours et essentiellement, dans l'usage du médicament naturel tel que le fournit le griffon de la source, et tel que l'expérience séculaire en affirme l'efficacité. La boisson de l'eau minérale, son emploi en bains et douches, en gargarismes et en injections, resteront toujours supérieurs à l'application de la même eau pulvérisée.

L'inhalation, le humage, la pulvérisation, sont donc de simples adjuvants de la cure thermique, tel est qu'on doit la concevoir à Cauterets ; ils répondent à une médication locale, seulement symptomatique sur laquelle on ne saurait compter pour une guérison durable ; ils peuvent soulager pour un temps le malade, mais leur action reste éphémère, et, si elle était exclusive, elle serait sans lendemain.

De tout temps, à Cauterets, on a guéri les maux de gorge chroniques avec la boisson, les bains et les gargarismes, c'est-à-dire en employant l'eau minérale avec toute sa virtualité native révélée par une expérience séculaire ; et c'est là le fondement de la grande renommée de Cauterets pour la cure des maux de gorge chroniques et des catarrhes pulmonaires, leurs compagnons habituels.

(A suivre.)

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

Les Dispensaires anti-tuberculeux, par M. le Dr Samuel BERNHEIM. Un volume in-8 de 110 pages (Roussel, éditeur, Paris.)

Cette intéressante monographie comprend 10 chapitres qui peuvent se résumer ainsi :

Dans le premier chapitre, l'auteur fait l'historique de la question.

Dans le deuxième il expose le but du Dispensaire antituberculeux. « Cette institution sociale ne res-

semble en rien à une polyclinique ou à un service de consultations des hôpitaux. Ce sont des établissements sanitaires, des postes vigies installés dans les quartiers populeux des grandes villes, où les déshérités sont bien accueillis, bien soignés, bien assistés. A tous ces malheureux on fournit gratuitement médicaments, aliments, vêtements et secours en espèces. Des crachoirs de poche, des vases sanitaires, des antiseptiques leur sont délivrés. — On désinfecte régulièrement et méthodiquement à l'aldéhyde formique tous les logements entachés de tuberculose.

3° Dans les dispensaires antituberculeux de l'œuvre de la Tuberculose humaine, on forme encore l'éducation sanitaire du peuple par des causeries familières, par des tracts répandus à profusion, par des brochures, par des conférences publiques. Les tuberculeux qui se trouvent dans des conditions défectueuses sont changés de local. Ceux qui n'ont aucune ressource ni soutien sont envoyés à la campagne ou dans des sanatoria.

4° La direction du dispensaire est si complexe par les multiples conditions qu'il doit remplir, que bien imprudent serait le médecin qui entreprendrait un établissement semblable, sans avoir fait un apprentissage sérieux de la tuberculose et surtout de la question pratique, sociale et administrative de la tuberculose. En cette matière on n'improvise rien.

5° Le local du dispensaire peut être très simple : une salle d'attente, un cabinet de consultations, une salle de chirurgie, une pharmacie, un laboratoire et une buanderie suffisent au pis aller. Néanmoins, cette installation si elle veut être complète sera plus compliquée.

6° En attaquant le fléau si redoutable de tous côtés on peut obtenir de très brillants résultats. C'est ainsi que les prédisposés et surtout les jeunes enfants, si enclins à la tuberculose, peuvent être sauvegardés de la contagion. Les tuberculeux, atteints au premier degré, ont beaucoup de chance de guérir de leur affection. Ceux du deuxième degré s'améliorent fréquemment. Les véritables phthisiques dont on ne veut plus nulle part, sont surveillés et placés dans des conditions telles qu'ils ne sont plus un danger social de contagion.

7° Il n'y a aucun antagonisme entre le dispensaire et le sanatorium. Ce sont, au contraire, deux organisations sociales qui se complètent mutuellement. Le Dispensaire, en accueillant tous les tuberculeux sans distinction, en les attirant même, fait le tri de ces malades et adresse au sanatorium les malades susceptibles de tirer un bénéfice d'une cure sanatoriale. Au retour de cette cure, le Dispensaire reprend le sujet amélioré ou guéri, le surveille pour constater si cette amélioration se maintient. De plus le Dispensaire ne se préoccupe pas seulement du malade lui-même, mais il s'intéresse à sa situation sociale, à sa famille, à son entourage et à ses voisins. En un mot, le Dispensaire ne poursuit pas seulement un but médical et thérapeutique, mais il cherche encore à accomplir une véritable mission sociale et humanitaire.

8° C'est à cause de cette portée sociale du Dispensaire que le médecin, qui dirige un établissement semblable, doit en dehors de confrères distingués, zélés et dévoués à la sainte cause de la Défense antituberculeuse, s'entourer de philanthropes,

d'économistes et d'organismes désintéressés qui donneront à l'œuvre une bonne administration, régulière, méthodique et ordonnée.

9° La meilleure organisation sera fournie par des syndicats ouvriers, des unions professionnelles, des mutualités. Tous ces groupements, très importants par leur nombre, ont intérêt à seconder le médecin, seront ses meilleurs aides, ses plus précieux administrateurs. L'œuvre de la Tuberculose humaine l'a bien compris en fondant successivement la Société antituberculeuse des instituteurs de la Seine et l'Union antituberculeuse des Mutualités et des Sociétés de prévoyance.

10° Plus de deux années d'expérience ont démontré à l'auteur que les Dispensaires antituberculeux bien compris, sagement dirigés, peuvent réaliser beaucoup, tant au point de vue de la guérison que de la prophylaxie de la Tuberculose.

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

NOUVELLES

On nous écrit :

Vittel, 20 juin 1903.

Aujourd'hui ont eu lieu, au milieu d'une affluence considérable, les obsèques de M. Ambroise Bouloumié, avocat, maire de Vittel, Conseiller général, Directeur de l'Etablissement thermal.

Une foule nombreuse composée de toute la population de Vittel et des environs, et des baigneurs de la station, avait tenu à accompagner à sa dernière demeure le bienfaiteur du pays et le créateur de cette importante et prospère station.

Le deuil était conduit par M. le Dr Jean Bouloumié, et M. le Dr Pierre Bouloumié, fils et frère du défunt.

L'absoute a été donnée par M^{gr} l'Evêque d'Evreux, en traitement à Vittel.

Des discours ont été prononcés par MM. Gérard, notaire, au nom de la commune de Vittel; Gauthier, député, au nom du Conseil général des Vosges; de Tricornot, au nom de la Société des Eaux; de Ravinel, Pierre Buffet, Maurice Flayelle, amis personnels de la famille; Dr Galland-Gleize, au nom du corps médical de la station; Moitessier, régisseur, au nom du personnel de la Société des Eaux.

Rappelons à nos lecteurs que le *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences*, qui a une section de médecine, se tiendra à ANGERS, du 4 au 11 août prochain.

Le programme comprend non seulement des séances scientifiques, mais de nombreuses fêtes et excursions.

Réduction de 50 0/0 sur le chemin de fer.

S'adresser au Dr Legludic, à Angers.

LE COURRIER DE LA PRESSE BUREAU DE COUPURES DE JOURNAUX

21, BOULEVARD MONTMARTRE, PARIS, 2^e
Fondé en 1889

DIRECTEUR : A. GALLOIS

Adresse Télég. : COUPURES PARIS — TÉLÉPHONE 101.30

Lit, découpe, traduit et fournit les articles de Journaux et Revues du Monde entier, sur tous sujets et personnalités. Est le collaborateur indispensable des Artistes, Littérateurs, Compositeurs, Savants, Hommes politiques, Diplomates, Commerçants, Industriels, Financiers, Jurisconsultes, Erudits, Inventeurs, Gens du Monde, Entrepreneurs, Explorateurs, Sportsmen, etc., en les tenant au courant de ce qui paraît dans tous les Journaux et Revues, sur eux-mêmes et sur tous les sujets qui les intéressent.

TARIF : 0 fr. 30 par Coupure

Tarif réduit, paiement d'avance sans période de temps limité.

Par 100 Coupures, 25 francs

» 250 » 55 »

» 500 » 105 »

» 1000 » 200 »

On traite à forfait pour 3 mois, 6 mois, un an

Tous les ordres sont valables jusqu'à avis contraire

CASIER PARLEMENTAIRE

Relevé des Scrutins de votes et Nomenclature des Travaux des Sénateurs, Députés, Conseillers Municipaux et Conseillers Généraux.

Répertoire du Journal Officiel de la République française

PUBLICATION MENSUELLE : 12 FRANCS PAR AN

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES

Et des stations d'hiver.

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

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

NUCLEO FER GIRARD, le plus assimilable, 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 antidépresseurs, 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.